

# Vnímání uživatelů domova se zvláštním režimem sociálním okolím

Bc. Magdalena Pospíšilová, DiS.

---

Diplomová práce  
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav pedagogických věd  
akademický rok: 2011/2012

## **ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Magdalena POSPÍŠILOVÁ, DiS.**  
Osobní číslo: **H10690**  
Studijní program: **N 7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Vnímání uživatelů domova se zvláštním režimem  
sociálním okolím**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sociální práce, sociálních služeb a duševních onemocnění.**

**Příprava metodiky výzkumné části.**

**Realizace kvantitativního výzkumu.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**GOFFMAN, Erving. Stigma: poznámky o způsobech zvládnání narušené identity. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. ISBN 80-86429-21-0.**

**FOUCAULT, Michel. Dějiny šílenství. Praha: Nakladatelství Lidové Noviny, 1994. ISBN 80-7106-085-2.**

**MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.**

**VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.**

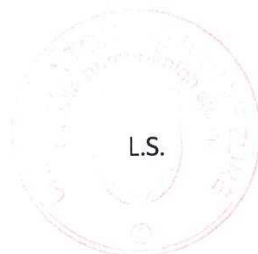
Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání diplomové práce: **27. dubna 2012**

Ve Zlíně dne 17. ledna 2012

  
doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
*děkanka*



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
*ředitel ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 17. 3. 2012

..... Ambler!

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se věnuje tématu duševního onemocnění a problematice sociálního postavení osob s duševním onemocněním ve společnosti. Je rozdělena na dvě základní části. V teoretické části charakterizuje základní pojmy z oblasti duševního zdraví a onemocnění, přibližuje historické chápání duševního onemocnění a současné sociálně právní postavení osob s duševním onemocněním. Všímá si především problematiky předsudků a mýtů, které se váží k duševnímu onemocnění a hlouběji popisuje příčiny stigmatizace a diskriminace osob s duševním onemocněním. Teoretickou část uzavírá kapitola o systému sociálních služeb, které jsou osobám s duševním onemocněním v ČR nabízeny, zvláště se zaměřuje na rezidenční sociální službu domov se zvláštním režimem. Praktická část je věnována kvantitativnímu výzkumu, který zjišťuje vnímání uživatelů konkrétního domova se zvláštním režimem jeho zaměstnanci a nejbližším sociálním okolím. Na základě interpretace výsledků dotazníkového šetření jsou navrženy kroky pro management zařízení na zkvalitnění poskytované služby a naplňování cílů v oblasti integrace uživatelů do běžné společnosti.

Klíčová slova: duševní onemocnění, norma, stereotypy, předsudky, mýty, stigmatizace, diskriminace, sociální služby, domov se zvláštním režimem, totální instituce.

## **ABSTRACT**

The thesis focuses on the issues of mental disorder and of the social status of mental disorder. It is divided into two parts. The theoretical part discusses the basic concepts of mental health and mental disorder and explains the development of the understanding of mental disorder in the history of mankind. It also considers the current social and legal status of mentally challenged people while concentrating particularly on prejudice and myths that are connected with mental disorder and describes comprehensively the causes of stigmatization and discrimination against people with mental disorder. The chapter that elaborates on the system of social services that people with mental disorder might use in the Czech Republic concludes the theoretical part – it focuses especially on the residential social service special regime homes. The practical part is devoted to the quantitative research that

explores how the clients special regime home are perceived by their employees and by the immediate social surrounding. The results of the survey served as a basis for suggesting how the services might be improved and how the objectives of these services – that is the integration of clients into the society – may be achieved even better than so far.

Keywords: mental disorder, norms, stereotypes, prejudices, myths, stigmatisation, discrimination, social services, special regime homes, total institutions.

Motto: *“Lidé se nerodí ani nezůstávají rovni navzájem. Naopak – v mnohém se liší...Společnost musí zajistit, aby byli a zůstali rovnoprávní.”*

Jan Michalík

Děkuji vedoucí mé diplomové práce Mgr. Soně Vávrové, Ph.D. za vstřícný přístup, cenné rady a podněty. Děkuji své rodině za trpělivost a podporu. Děkuji svým kolegům a přátelům za pomoc.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická, nahraná do IS/STAG jsou totožné.



# OBSAH

ÚVOD.....	11
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>13</b>
<b>1 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A DUŠEVNÍ NEMOC .....</b>	<b>14</b>
1.1 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ.....	15
1.2 NORMA A DUŠEVNÍ PORUCHA.....	16
1.3 POJÍMÁNÍ DUŠEVNÍ NEMOCI V HISTORII.....	17
1.4 KLASIFIKACE DUŠEVNÍCH NEMOCÍ.....	19
1.4.1 Příčiny vzniku duševních onemocnění.....	21
1.4.2 Projevy a sociální důsledky nejčastějších duševních poruch .....	22
<b>2 POSTAVENÍ OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM VE SPOLEČNOSTI.....</b>	<b>25</b>
2.1 STEREOTYPY A PŘEDSUDEKY VE VNÍMÁNÍ DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ.....	25
2.1.1 Nejčastější mýty a stereotypy o duševní nemoci.....	29
2.1.2 Vnímání osob s duševním onemocněním veřejností.....	31
2.2 SOCIÁLNÍ POSTAVENÍ OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM .....	33
2.2.1 Stigmatizace a diskriminace osob s duševním onemocněním .....	34
2.2.2 Práva osob s duševním onemocněním .....	37
<b>3 SYSTÉM SOCIÁLNÍ PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V ČR .....</b>	<b>42</b>
3.1 HISTORICKÝ EXKURZ.....	42
3.2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM .....	44
3.2.1 Pobytové sociální služby – domov se zvláštním režimem.....	46
3.2.1.1 Domov se zvláštním režimem jako totální instituce.....	49
3.2.1.2 Determinanty negativního hodnocení uživatelů sociální služby.....	51
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>54</b>
<b>4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....</b>	<b>55</b>
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	55
4.2 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	56
4.3 VÝZKUMNÁ STRATEGIE .....	57
4.3.1 Technika získávání dat.....	57
4.3.2 Výzkumný soubor .....	58
4.3.3 Předvýzkum.....	59
4.3.4 Realizace sběru dat.....	60
4.3.5 Místo realizace výzkumu .....	60

<b>5</b>	<b>ANALÝZA A INTERPRETACE DAT .....</b>	<b>64</b>
5.1	ANALÝZA DOTAZNÍKŮ .....	64
5.1.1	Analýza společných dotazníkových položek.....	64
5.1.2	Analýza dotazníkových položek pro zaměstnance.....	76
5.1.3	Analýza dotazníkových položek pro venkovní sociální okolí.....	84
5.2	VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....	89
5.2.1	Shrnutí výsledků výzkumu .....	92
5.3	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	92
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>95</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>97</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>103</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>104</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>105</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>106</b>

## ÚVOD

Pro svoji diplomovou práci jsem si vybrala téma, které se dotýká mého povolání, ale domnívám se, že by mohlo být velmi zajímavé a přínosné pro všechny pracovníky v sociálních službách s cílovou skupinou osoby s duševním onemocněním. Již sedmým rokem pracuji v pobytovém zařízení. Běžně se setkávám s názory, že uživatele služby takového typu, tedy lidi s duševním onemocněním, je nutné izolovat od společnosti, že jsou to lidé, kteří jsou pouze na obtíž, že je nutné je tolerovat, ale nikdy se nemohou zapojit do běžné společnosti. Mnohdy je domov se zvláštním režimem chápán jako totální instituce s režimem připomínajícím psychiatrickou léčebnu či vězení a uživatel je zde naprosto segregován a vyloučen z veškerého dění společnosti, z běžného života. Chybí informovanost široké veřejnosti o duševních nemocech obecně, o příčinách jejich vzniku, o jejich projevech, možné prevenci či případné léčbě a terapii. Právě duševní onemocnění v celé jeho šíři tvoří jeden ze stěžejních konceptů teoretické části předkládané práce.

V naší společnosti byly silně zakořeněné negativní předsudky ohledně soužití s lidmi se zdravotním postižením. Po roce 1989 se situace začala zlepšovat a lidé s tělesným, smyslovým a mentálním postižením začali být bráni jako platní členové společnosti, jsou jim vytvářeny podmínky pro to, aby mohli fungovat v běžných životních a sociálních situacích, dbá se na dodržování jejich práv, na to, aby nebyli izolováni, aby byli co nejvíce integrováni do běžné společnosti. Jejich postavení ve společnosti by mělo být v podstatě rovnocenné, jako u běžných občanů. Dle mého názoru a mých osobních zkušeností se podařilo díky koncepci sociální politiky, a to zejména systematickou osvětou a výchovou změnit postoj zdravé populace z negativního či lhostejného vnímání lidí s různými formami postižení smyslového, tělesného nebo mentálního, na vnímání pozitivní. Základní otázkou pro mě však je, jak jsou vnímáni uživatelé domova se zvláštním režimem, tedy lidé trpící různými formami demencí, lidé s psychickým onemocněním, s psychiatrickými diagnózami, jaké je jejich sociální postavení ve společnosti, jak jsou přijímáni či odmítáni, stigmatizováni či dokonce diskriminováni. Tímto tématem se zabývám v další kapitole teoretické části, které se vlastně prolíná celou teoretickou částí a navazuje na ně téma péče o lidi s duševním onemocněním. Tedy systém sociálních služeb zaměřených na pomoc lidem s duševním onemocněním v České republice. Podrobněji se zabývám právě pobytovými službami, podle zákona o sociálních službách nazvanými domovy se zvláštním režimem.

Domov se zvláštním režimem je sociální služba, která poskytuje pomoc člověku v těžké životní situaci stejně jako ostatní pobytové služby včetně podpory uživatele při začleňování a využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů. Ovšem už samotný název může být pro laickou veřejnost velmi matoucí. Co znamená zvláštní režim? Nelze chápat domov se zvláštním režimem jako instituci, kam se v případě nouze člověk dostane, ale nemůže se již vrátit do běžné společnosti, nemůže se aktivně zapojovat do běžného společenského života. Je velmi chybné tolerovat takovéto negativní postoje k uživatelům služby, nesnažit se příznivěji ovlivnit jejich hodnocení širokou veřejností. Mnozí z uživatelů si přejí zapojit se do dění mimo zařízení, využívat běžné služby, být v kontaktu s rodinou, účastnit se sociálních interakcí v běžném životě, ale odmítavý postoj veřejnosti a negativní nálepka uživatele služby je odrazuje a oni sami se pak bojí tento kontakt navazovat nebo ho udržovat. Je zřejmé, že tento proces začlenění není jednoduchý ani pro uživatele ani pro okolí. Název služby domov se zvláštním režimem je pro poměrně velkou skupinu laické veřejnosti zahalen spíše tajemstvím. Neumí si představit, jaký je ten zvláštní režim, v čem je zvláštní. Právě informace k tomuto tématu předkládám v poslední kapitole teoretické části.

V praktické části se zabývám postavením uživatelů konkrétního domova se zvláštním režimem ve společnosti a to jednak z pohledu zaměstnanců služby a jednak z pohledu lidí v okolí. Vnímání zaměstnanců pak srovnávám s tím, jak vnímají uživatele domova se zvláštním režimem ostatní občané, v jejich blízkosti, kde se zařízení nachází. Tedy srovnání pohledu lidí, kteří uživatele znají, jsou s nimi v každodenním kontaktu a pohledu z venku.

Domnívám se, že vybrané téma je aktuální a mohlo by přinést zajímavé poznatky v oblasti sociálního postavení uživatelů pobytové služby pro osoby s duševním onemocněním, přestože se jedná o případovou studii jednoho konkrétního zařízení a sociálního okolí tohoto zařízení. Výsledky této studie by také mohly přispět ke zlepšení postavení uživatelů domova se zvláštním režimem, jejich snadnějšímu začleňování do společnosti a také ukázat, zda je přístup pracovníků k uživatelům v souladu se zákonnými požadavky, se standardy kvality sociálních služeb. Tyto poznatky by také mohly být využitelné pro management zařízení, aby byly vytvořeny postupy vedoucí k sociálnímu začleňování, pozitivní prezentaci uživatelů na veřejnosti a jejich ochraně před předsudky a negativním hodnocením.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A DUŠEVNÍ NEMOC

Pro komplexní uchopení daného tématu v teoretické rovině je třeba vymezit základní koncepty problematiky. Jedním ze stěžejních se mi jeví vymezení duševní nemoci, duševního zdraví ve vztahu k normě, tedy, jak lze chápat duševní onemocnění a jaká představuje rizika pro fungování ve společnosti nejen pro jedince s duševní poruchou, ale především pro jeho sociální okolí. Přesně definovat, co je duševní onemocnění je velmi těžké a obecně uznávaná celosvětová definice zřejmě ani existovat nemůže. Je to dáno tím, že projevy duševních onemocnění souvisí s pojmáním normality v dané společnosti a kultuře. Co je v jedné kultuře považováno za nenormální, může být z pohledu jiného kulturního hodnocení považováno za normální nebo přijatelné.

Duševní nemoc je v současnosti definována spíše jako duševní porucha. Díky novým a moderním přístrojům je možné se podívat na fungování mozku osoby s duševním onemocněním a pozorovat, že mozek takového člověka funguje odlišně než u zdravého a to především v oblastech, které jsou zodpovědné za určité psychické projevy (Češková, 2008, s. 23). Psychické poruchy jsou tedy poruchy mozku, které způsobují změnu některých psychických procesů, které se projevují především ve změnách myšlení, vnímání, prožívání a citů. Tato skutečnost velmi negativně ovlivňuje a znesnadňuje interakci se sociálním okolím. Člověk nedokáže rozlišit objektivní realitu, co je a co není skutečné. To nemocnému člověku přináší řadu obtíží v běžném sociálním fungování. Toto onemocnění v mnohých případech vyžaduje celoživotní léčbu a péči, v lepším případě pomoc a podporu profesionálů. Většina duševních poruch také negativně působí na sebepojetí člověka s duševním onemocněním, snižuje se jeho sebedůvěra a schopnost plnit své sociální role a zapojovat se do běžných sociálních vztahů a interakcí. Dle Americké psychiatrické asociace (APA) „*je duševní porucha takovým vzorcem chování nebo psychologickým syndromem u dané osoby, který je spojen s nepříjemnými pocity nebo narušením funkce alespoň v jedné z důležitých životních oblastí, nebo podstatně zvyšuje riziko úmrtí, způsobuje bolest nebo vede ke ztrátě pocitu svobody*“ (In Raboch, Zvolský et al., 2001, s. 136). Lékařský obor, který se zabývá duševními poruchami, se nazývá psychiatrie. Světová zdravotnická organizace definuje psychiatrický případ jako „*zjevnou poruchu duševní činnosti, natolik specifickou ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná jakožto jasně definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní schopnosti, nebo soci-*

álního postavení, nebo obou, a to v takovém stupni, který může být hodnocen jako selhání“ (Máhrová a Venglářová a kol., 2008, s. 69).

## 1.1 Duševní zdraví

Pokud hovoříme o duševním onemocnění, je třeba vyspecifikovat pojem duševní zdraví. Duševní zdraví je v ideálním případě stav, kdy člověk je schopen „přijímat a zpracovávat informace, řešit problémy, logicky myslet. Umí plánovat a plány uskutečňovat. Je schopný podílet se na změnách a vytvářet nové věci. Umí komunikovat. Aktivně se zúčastňuje dění kolem sebe. Dobře se adaptuje na nové situace. Poznává se podle citové vyrovnanosti, zvládá vlastní emoce a zároveň se dovede uvolnit. Dokáže pracovat a udržovat partnerský vztah. Duševní zdraví představuje schopnost přizpůsobovat se situacím a reagovat na ně“ (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 16). Domnívám se, že důležitý je i způsob vnímání sama sebe nejen vnímání okolní reality. Důležité také je, že duševně zdravý člověk má reálný pohled na sebe sama, dokáže rozpoznat a akceptovat své silné i slabé stránky, umí uspokojovat své potřeby a nepoškozovat tím práva ostatních, má vnitřní systém hodnot, který je v souladu s vnímáním většinové společnosti a podle něj jedná.

Z uvedeného výčtu schopností duševně zdravého jedince by se mohlo zdát, že duševně opravdu zdravý člověk neexistuje. Nikdo není tak silný a stabilní ve všech životních situacích. Každý člověk disponuje určitou mírou zranitelnosti či naopak stability. Od toho se odvíjí, jak moc je schopen zvládat stres. Člověk, který je snáze zranitelný a tedy méně stabilní, snadněji selhává v krizových situacích. Naopak člověk stabilnější snese vyšší míru zátěže a duševní porucha se u něj může objevit až při mnohem vyšší stresové zátěži nebo v případě kumulace více stresorů. Toto pojetí je příznivější a méně diskriminující pro člověka s onemocněním, neboť není označován jako „blázen“, ale jako člověk, který je ke stresu výrazně citlivější (Máhrová a Venglářová, 2008, s. 70-71).

Jak tedy poznáme, kdy je člověk ještě duševně zdravý a kdy už není? Definic duševního zdraví či duševní poruchy je mnoho. Je to dáno i tím, že tyto pojmy jsou kulturně i dobově podmíněny. Jejich vnímání se vyvíjí v čase. Na rozdíl od somatického onemocnění, které má přesné ohraničení, lékařem stanovené, diagnostikované a pacientem pocíťované jako nemoc. Ovšem hranice mezi duševním zdravím a nemocí není přesně a ostře vyznačená, je dle mého názoru lehce prostupná a je mnohem těžší diagnostikovat duševní nemoc a najít

správnou léčbu, než u somatického onemocnění. Jak uvádí Češková (2008, s. 23), duševní porucha je nejčastěji diagnostikována lékařem na základě přítomných příznaků, které rozpozná za pomoci rozmluvy, pohovoru a pozorování. Jednotlivé duševní poruchy jsou pak definovány určitým počtem konkrétních příznaků. Dá se tedy tvrdit, že pokud má člověk určitý soubor specifických příznaků pro danou duševní poruchu, je duševně nemocný? Domnívám se, že lze pojem duševní zdraví chápat ze dvou pohledů. První pohled je subjektivní vnímání člověka a jeho duševního zdraví. Je to tedy pohled konkrétního člověka na sama sebe a své potencionální problémy, zda je vnímá jako problém a brání mu vést plnohodnotný život. A druhý pohled je pohled lidí kolem. Křivohlavý spojil tyto dva pohledy a vytvořil dle mého názoru velice výstižnou definici zdraví. „*Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duševní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimálně kvality života a není překážkou osobnímu snažení druhých lidí*“ (Křivohlavý, 2001, s. 40).

## 1.2 Norma a duševní porucha

Při hodnocení a posuzování duševního zdraví či nemoci, vycházíme z porovnávání určitých projevů s tím, co je normální a co už není. Podstatnou skutečností při tomto porovnávání je, že norma, jako determinant posuzování zdraví či nemoci, je velmi subjektivní a v průběhu společenského vývoje se významně mění. Proto se v průběhu vývoje mění i tolerance k tomu, co považujeme nebo tolerujeme jako normální a co už vnímáme jako abnormalitu. Některé projevy lidského chování mohou být pro člověka a jeho okolí sice rušivé a zatěžující, ale není třeba je považovat za poruchu. Důležité je definovat, co je norma a podle kterých kritérií může být posuzována. Norma může být považována za obecné kritérium pro hodnocení toho, co je běžné, přijatelné, obvyklé a žádoucí. To, co je mimo tuto normu, je hodnoceno jako nenormální, nežádoucí, chybné, nesprávné či patologické. Vágnerová (2004, s. 21-24) uvádí několik základních pojetí normy.

1. „*Statistické pojetí normy*“ – je závislé na četnosti nebo intenzitě posuzovaných jevů. Většinou platí, že co je v daném společenství velmi časté, je posuzováno jako normální.
2. „*Sociokulturní pojetí*“ – závisí na komplexu norem a očekávání v daném společenství. Normální je pak tedy to, co odpovídá obvyklým představám o chování v daných situacích, při plnění sociálních rolí.



3. „*Skupinová norma*“ – závisí na konkrétním sociálním kontextu a odlišných hodnotách v různých sociálních skupinách.
4. „*Mediální norma*“ – normou je zde to, co je prezentováno v hojné míře v médiích jako žádoucí nebo standardní.
5. „*Norma jako optimální stav*“ – tedy ideální stav, nejlepší možná varianta, ke které se lze přiblížit. Toto pojetí normy nelze použít jako hodnotící kritérium, ale jen jako cíl směřování.
6. „*Funkční pojetí*“ – norma zaměřená na optimální fungování a plnění požadavků a očekávání, ovšem bez respektu ke všem složkám osobnosti.
7. „*Individuální, subjektivní pojetí*“ – odráží individuální vlastnosti každého člověka, jeho osobnost, zkušenosti, intelektovou úroveň, emotivnost.

Vymezení toho, co je normální, závisí do značné míry na aktuálním stavu dané společnosti, chápání normality se vyvíjí v čase a není nikdy definitivní. Problematika normy je z hlediska posuzování duševního zdraví či poruchy významná především v souvislosti s porušováním pravidel a modelů sociálně přijatelného chování. Chování člověka s duševní poruchou se ve velké většině vymyká normě a je zdrojem stigmatizace.

### 1.3 Pojímání duševní nemoci v historii

Nežádoucí způsob vnímání lidí s duševním onemocněním je hluboce zakořeněný a všeobecně sdílený. Příčinu je možné hledat v historii, kdy vnímání duševně nemocných bylo silně negativní a směřovalo k segregaci. Péče o duševně nemocné ve středověku spočívala většinou v izolování, napravování, korekci nebo nezájmu. „*Šílenství bylo chápáno jako omyl, hřích, nečistota a osamělost, sen v bdělém stavu, vytržení ze světa pravdy, zakotvení ve zlu a v prázdnotě, zbavení rozumu a posednutí zlými duchy, eventuálně d'áblem*“ (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 26). Období středověku patří v oblasti postojů a vnímání tak zvaných bláznů a šilenců k těm nejčernějším v historii vůbec. Především pod vlivem církevních názorů byly duševní nemoci demonizovány, jejich existence byla spojována s padlými anděly a čarodějnictvím (Raboch, Zvolský et al., s. 137). Městské úřady především v Německu vyháněly šílence za hradby měst, do lesů, nechaly je pobíhat krajinou. Často také byli předáváni lodníkům na „lodě bláznů“ kteří je nalodovali a pluli s nimi na otevřené moře a vysazovali na vzdálených místech. Mnozí byli zavíráni do obecních

šatlav, vězení, odsuzování k tělesným trestům. Byli zavíráni do tzv. „věží bláznů“, kam se na ně mohli chodit návštěvníci za mírný poplatek dívat. Foucault (1993, s. 10-11) vystopoval ve vyhánění, vyobcovávání a nalodování šilenců kromě ochrany občanů i jakýsi exil rituální povahy, jehož kořeny zasahují až do dnešní doby. Dřívější fyzické pevnosti oddělující zdravé od šilenců jsou nahrazeny pevnostmi našeho vědomí.

Změnu přináší období novověku se svými humanistickými myšlenkami, se sociálními ideály. Po Velké francouzské revoluci v 17. století vznikají ve větší míře internační zařízení, špitály pečující o duševně choré. Ovšem, jak uvádí Foucault (1993, s. 53-55), až do konce 18. století převažuje názor, že šílenec není nemocný, není lidskou bytostí, ale zvířetem a tak je třeba s ním zacházet. „*Právě animalita ho totiž chrání před vším, co je v něm křehké, nejisté, chorobné. Šílenec ve své animální odolnosti je obrněn proti hladu, horku, zimě, bolesti*“. Proti tomuto názoru se staví významný pařížský lékař, Phillipe Pinel, významná osobnost té doby, k jehož jménu se pojí vznik psychiatrie. Ten zastával názor, že blázni jsou nemocní lidé, které je třeba léčit. Snažil se o odstranění krutého zacházení s duševně nemocnými a odstranění vězeňského režimu. Jeho zásluhou dochází ke změně péče o duševně choré, uplatňuje koncept komplexní terapie, tzv. morální léčbu. Pinel je považován za zakladatele novodobé ústavní psychiatrie (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 27). Kromě změny přístupu k nemocným, dostává se také do popředí při léčbě nemocných role lékaře. „*lékař ovlivňuje ducha nemocných mnohem silněji, než všichni ostatní, kdo mají nad nimi bdít*“ (Foucault, 1993, s. 170). Z koncepce jediné duševní nemoci se během 19. století postupně oddělují další typy duševních chorob (Raboch, Zvolský et al., s. 137).

Na počátku 20. století uznala většina lékařských fakult samostatnost psychiatrie jako samostatné disciplíny. V tomto století je psychiatrie a přístup k psychicky nemocným ovlivněn především psychoanalýzou Zigmunda Freuda a psychosociálním modelem pojmání duševních chorob. Tento model zdůrazňuje individuální přístup k pacientovi jako k jedinečné osobnosti. (Raboch, Zvolský et al., s. 137). Začínají se objevovat tendence prosazující větší samostatnost psychiatrického oboru vůči medicíně a také nastává změna ve směru celostnějšiho pojetí psychických problémů. Temným obdobím je 2. světová válka, kdy následkem pokřivené ideologie nacistického Německa docházelo k hromadné likvidaci duševně nemocných jako nepotřebných osob (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 32).

V polovině 20. století nastupuje hnutí samotných psychiatrů, tzv. antipsychiatrické hnutí, které zcela odmítalo medicínský model duševní choroby. Diagnózy byly označeny za ná-

lepky nad osudy lidí, kteří se vymykají společenským normám. Jak tvrdil mluvčí tohoto hnutí Szasz (In Černoušek, 1994, s. 28) nálepka od psychiatra může v některých případech z mentálně zdravého jedince udělat duševně chorého člověka. Ve stejné době se také začíná rozvíjet biologická psychiatrie a svými objevy v oblasti psychofarmak výrazně ovlivnila léčbu projevů duševních nemocí (Černoušek, 1994, s. 133).

Po 2. světové válce se opět rozvíjí pojetí psychosomatické medicíny, kdy jsou brány v úvahu souvislosti konstitucionálně-biologických, psychodynamických a situačně sociálních podmínek. Objevují se nové terapeutické metody, především psychoterapie významně zasáhla do léčebného působení především u osob s neurotickými poruchami (Kratochvíl, 2006, s. 19). Současně se objevuje role sociálního pracovníka, který se stává integrální součástí péče o nemocného. Černoušek (1994, s. 31) shrnul charakter péče o duševně nemocné v současnosti do výstižných bodů: postupná diferenciacie ústavní péče, psychoterapie, extramurální (komunitní péče prováděna co nejlépe přirozenému prostředí pacienta) a ambulantní péče, psychofarmakologie. Určitým omylem v novodobé historii dle Libigera (2011) byla rychlá deinstitucionalizace, tedy extrémní pojetí integrace osob s duševním onemocněním, kdy byly vyprazdňovány léčebny a v důsledku toho se někteří pacienti ocitli v jakémisi vzduchoprázdnu, bez léčebného zázemí a s ním spojených jistot.

#### 1.4 Klasifikace duševních nemocí

Tak jako se vyvíjí chápání duševních onemocnění v průběhu historického vývoje, je možné zaznamenat i různé modely klasifikací duševních poruch. První systém nemocí duše zaznamenal již řecký filozof a lékař Hippokrates (460-370 př.n.l.), který hledal příčinu chorob ve vnějších a vnitřních vlivech a kladl důraz na správnou diagnostiku nemoci. Pro všechny druhy duševních poruch používal pouze jediný název a to paranoia. Jako hlavní terapii používal pouštění žilou, projímadla a dávidla. Účelem bylo odstranění z těla nemocného nadbytek některé z hlavních šťáv (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 25). V průběhu vývoje lékařství se objevovaly další modely klasifikace, jako např. ateoretický model v polovině minulého století. Ten vycházel z přesvědčení, že není možné rozlišovat jednotlivé typy duševních poruch a zařazoval je všechny pod psychózy. V průběhu vývoje je možné zaznamenat tendence k deskriptivnímu popisu příznaků, které jsou shrnovány do vyšších celků, symptomů a přizpůsobit klasifikaci podle zjištěných příčin nemoci. Snaha o sjednocení názvosloví vedla k tomu, že v roce 1893 byl v Chicagu přijat první Mezinárodní seznam příčin smrti, ale až v jeho páté revizi z roku 1938 byly popsány čtyři

typy duševních poruch. Jednalo se o duševní zaostalost, schizofrenii, maniodepresivní psychózu a ostatní duševní poruchy. Šestá revize byla přijata jako Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-6) a psychiatrii byla věnována celá kapitola (Raboch, Zvolský et al., s. 138). Klasifikace duševních nemocí se neustále vyvíjí, zkvalitňuje a upřesňuje. V současné době je aktuální MKN-10 z roku 1993, u nás vstoupila v platnost o rok později. Od té doby byla klasifikace několikrát aktualizována. V letech 2010 a 2011 proběhlo sjednocování všech aktualizací a do poslední verze byly zapracovány veškeré změny, které vešly v platnost do roku 2010 včetně. Tato aktualizovaná verze vstoupila v platnost v lednu 2012 Sdělením ČSÚ o aktualizaci Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů.

Americká psychiatrie se vyvíjela odlišným způsobem a vytvořila si svou vlastní klasifikaci, která vyšla v platnost jako Diagnostický a statistický manuál duševních chorob (DSM-1) v roce 1952. Na rozdíl od evropské klasifikace uplatňuje vícedimenzionální přístup, nevycházela z hypotéz o příčinách vzniku, ale hlavně z popisu symptomatologie. Jednotlivé poruchy jsou definovány souborem diagnostických kritérií nebo jejich nepřítomností (Raboch, Zvolský et al., s. 139).

Rozdělení duševních poruch do kategorií s jasně určenými pravidly umožňuje stanovit u pacienta konkrétní diagnózu, od které se může odvíjet následná léčba a terapie. Tuto diagnózu stanovuje lékař na základě přítomných konkrétních příznaků, které rozpoznává pomocí rozhovoru, pohovoru, pozorování. Současné rozdělení duševních poruch a poruch chování obsahuje asi tisíc kategorií, které jsou rozčleněny do deseti sekcí a jsou do určité míry uspořádány sestupně podle závažnosti duševní poruchy:

*„F00-F09 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických*

*F10-F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek*

*F20-F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy*

*F30-F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)*

*F40-F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy*

*F50-F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory*

*F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých*

*F70-F79 Mentální retardace (duševní opoždění)*

*F80-F89 Poruchy psychického vývoje*

*F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci*

*F99 Nespecifikovaná duševní porucha“ (Máhrová, Venglářová a kol., 2008, s. 69-70).*

U každé poruchy je uveden popis hlavních klinických znaků, charakteristik a všech důležitých přidružených rysů, diagnostická vodítka, vylučující kritéria a diferenciálně diagnostické úvahy. V tomto klasifikačním systému již nenajdeme dělení nejčastějších duševních poruch na psychózy a neurózy. Diagnostika je pojímána multidimenzionálně, diagnostický přístup je tříosý. Na první ose jsou zaznamenávány u pacienta všechny zdravotní problémy, tedy tělesné i duševní. Na druhé ose je zhodnoceno poškození schopnosti fungování a to v oblasti péče o sebe sama, v oblasti pracovních výkonů, fungování v rodině a v širším sociálním prostředí. Třetí osa zaznamenává vlivy, které působí na pacienta ze zevního prostředí (Raboch, Zvolský et al., s. 140-142).

#### **1.4.1 Příčiny vzniku duševních onemocnění**

Jak uvádí Máhrová (2008, s. 70) při práci s člověkem s duševním onemocněním nelze zůstat pouze u striktně popisného přístupu a zařazení do diagnostické kategorie. Jak v oblasti zdravotní péče, tak i v oblasti sociální práce je třeba brát v úvahu naprostou jedinečnost každého člověka. Duševní onemocnění může mít biologické příčiny, může vzniknout na základě psychogenních a sociálních vlivů, mnohdy jde o kombinaci více faktorů. Tomuto přístupu říkáme multifaktoriální přístup a někdy je těžké až nemožné dohledat tu původní nebo správnou příčinu vzniku duševní poruchy. Obecně lze v etiologii duševních poruch vysledovat čtyři základní příčiny, které se často prolínají, působí současně nebo se vzájemně ovlivňují. Jsou to příčiny:

##### 1) biogenní

- dědičné dispozice k psychickému onemocnění, to znamená určitá míra rizika vzniku psychické odchylky,
- poškození plodu během vývoje v době těhotenství nebo při porodu, např. nemoc nebo otrava matky v době těhotenství, klešťový porod,
- příčinou mohou být i projevy biologického růstu, kdy v určitých etapách může nastat zvýšená náchylnost ke vzniku duševních poruch, např. v době puberty, klimakteria, při laktaci po porodu.

##### 2) somatogenní

- poškození mozku následkem úrazu nebo infekčního onemocnění,

- somatické onemocnění, které narušuje funkčnost nervové soustavy.
- 3) psychogenní
- příčiny, které jsou dány individuálním psychickým prožíváním jedince,
  - vnitřní konflikty s delší dobou trvání, frustrační, deprivace a stresové stavy, konflikty,
  - akutní psychické trauma nebo silný citový prožitek záporného charakteru.
- 4) sociogenní
- krajně nepříznivé užší nebo širší sociální prostředí (rodinné, manželské, pracovní, školní, vrstevnická skupina),
  - vnitřní nebo vnější konflikt jedince se sociálním prostředím.

Pro různé typy psychických obtíží existuje řada hypotéz ohledně příčin vzniku, ale jen u velmi malého počtu lze opravdu s přesností příčinu určit. Proto je při stanovování diagnózy v oblasti medicíny tento proces trojstupňový. V prvním stupni jsou shromažďovány symptomy, které jsou u pacienta přítomny. V druhé etapě se sdružují tyto symptomy do trsů, tedy syndromů, které se porovnávají s typickými projevy pro určitou psychickou poruchu. Na základě tohoto porovnání nastane třetí etapa, kdy lékař vydedukuje přítomnost nemoci a to současně s porovnáním s výsledky somatického vyšetření, jako např. psychologické testy, hormonální hladiny, magnetická rezonance apod. (Raboch, Zvolský et al., s. 135-136).

#### **1.4.2 Projevy a sociální důsledky nejčastějších duševních poruch**

Pokud odhlédneme od diagnostického členění a vrátíme se k člověku s duševním onemocněním v kontextu jeho života, musíme si uvědomit, že u tohoto člověka se nepříznivý vliv nemoci projeví nejen v jeho vztahu k sobě samému, ale také k okolnímu světu. Mezi nejčastější poruchy, které se vyskytují v populaci, patří neurotické a úzkostné poruchy, afektivní poruchy, schizofrenie, poruchy osobnosti a chování. Jednotlivé poruchy se od sebe liší svými symptomy, ale mezi obecné charakteristiky člověka s duševní poruchou patří to, že častěji reaguje úzkostně a se strachem, mívá zhoršené sebevědomí, trpí nejistotou a má tendenci se vyhýbat situacím, o nichž si myslí, že je nezvládne překonat. Z toho vyplývá, že takový člověk raději volí izolaci od předpokládaných zdrojů ohrožení. Nemocný se v důsledku pocitu ohrožení a nedůvěry uzavírá před okolním světem, přestane se stýkat s ostatními lidmi, vyhýbá se sociálním interakcím, mnohdy přestane docházet do zaměst-

nání nebo do školy a jako nejpříjemnější se mu jeví úplná izolace od vnějšího světa (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 237).

Vzhledem k budoucnosti žije také v očekávání problémů, mívá zvýšený pocit viny, který nemusí být objektivní, ale vychází z toho, jak takový člověk vnímá sám sebe. Velký význam má i skutečnosti, že volní autoregulace člověka s duševním onemocněním reaguje v oblasti rozhodování značně zpomalně, často se člověk bojí, nebo není schopen zaujmout nějaké rozhodnutí. Je pro něj často pohodlnější nerozhodovat, být v závislé pozici, což mu ale přináší problémy ve styku s okolím, jak už v rodině, nebo i v zaměstnání. Pokud se došahování důležitých cílů týká, člověk s duševním onemocněním často dopředu očekává neúspěch, což vede k častějšímu selhání a to následně ještě více zhorší sebevědomí (Vágnerová, 2000, s. 222).

Vzhledem k většinové společnosti může duševně nemocného člověka také znevýhodňovat skutečnost, že jeho verbální projev je poznamenán vnitřním napětím, které pociťuje. Obtížně se vyjadřuje, nedokáže najít potřebné slovní výrazy, takže dojem, který vytvoří, nemusí odpovídat jeho inteligenci, nebo vzdělání (Vágnerová, 2000, s. 225).

Další znevýhodnění se týká například potřeby stimulace, kdy tito lidé často nestojí o nové a neznámé podněty, naopak preferují potřebu stabilního a spolehlivého řádu, který v jejich vnímání eliminuje pocit nejistoty. Tento důraz na stereotypy jim může komplikovat situaci v zaměstnání a také skutečnost, že potřeba smysluplné činnosti bývá v některých případech utlumena (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 245).

Seberealizace u nich není často uspokojena, protože, jak bylo popsáno výše, jedná se o lidi, kteří mají strach ze selhání a raději v rámci obrany často zaujmají místo smolaře, nebo outsidera. Čili osobní ambice jsou převážně příliš nízké, nebo někdy mohou být nepřiměřeně vysoké, což je zase důsledkem snahy o lepší identitu, většinou ale jen na symbolické úrovni bez schopnosti ambice skutečně naplnit. Přijetí veřejností nenapomáhá ani časté nutkavé jednání, které komplikuje nemocnému život svou časovou náročností a nepřiměřeností. Tyto rituály zabírají značnou část dne duševně nemocného člověka, navíc jsou nepochopeny okolím, čímž mimo jiné přispívají k dalšímu narušení sociálních vztahů (Vágnerová, 2000, s. 221-225). S tím také souvisí problém naplňování volného času, kdy nemocný většinou ztrácí zájem o volnočasové aktivity a to z různých důvodů, jak vnějších, což je například strach z odmítavého postoje veřejnosti, tak vnitřních jako například strach z ne-

známých situací, problémy s komunikací, zvnitřněná stigmatizace (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005, s. 151).

Velkou skupinu lidí s duševním onemocněním tvoří lidé s diagnózou schizofrenie. Tato porucha je výrazně stigmatizující a znamená velkou zátěž pro nemocného, ale především pro jeho nejbližší okolí. Objevují se různé podoby halucinací (sluchové, vizuální i vjemové) a bludy. Člověk není schopen náhledu na svět kolem sebe, často mívá utkvělé představy ohledně vlastní osoby i ostatních lidí v okolí. Nemocný hodnotí jinak běžné situace, mívá nepředvídatelné a proměnlivé nápady a mnohdy tak terorizuje život ostatních členů rodiny i širšího okolí (Vágnerová, 2004, s. 354-358).

Základním problémem je, že projevy a chování člověka s duševním onemocněním vůči okolí je jiné, neobvyklé, často provokující, bývá i zhoršená komunikace s takovým člověkem. Lidé v okolí většinou takové projevy chápou jako obtěžující, nedokážou na ně reagovat, cítí se nesví, často se bojí a tím se vytváří odstup až izolace od nemocného člověka.



## 2 POSTAVENÍ OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM VE SPOLEČNOSTI

Mnoho lidí si umí představit, jak vzniká a jak se projevuje většina somatických onemocnění. Ví, jak dostanou chřipku, jak si mohou zlomit nohu, jak mohou onemocnět rakovinou. Většinou znají i průběh onemocnění a způsoby léčby, dokonce i možnosti prevence. Jinak je tomu ale u duševního onemocnění. I když se situace začíná pomalu zlepšovat a povědomí lidí se i v této oblasti zlepšuje, pořád je toto téma více méně tabuizované, opředené mnoha mýty, předsudky a stereotypy, kterých se neinformovaná veřejnost nedokáže zbavit. Lidé bez větších problémů dokážou akceptovat a přijmout člověka s tělesným nebo mentálním postižením. Ví, jak se chovat k člověku na invalidním vozíku. Jsme naučeni k těmto lidem přistupovat s vlídností a pomáhat. Ale soužití s duševně nemocným je pro mnohé nepřekonatelný problém. Proč tomu tak je? Proč lidé s duševním onemocněním nejsou přijímáni jako ostatní nemocní? Je to neinformovaností široké veřejnosti o těchto onemocněních? Je to strachem z neznámého? Je to nedostatečnou pozitivní propagací v médiích? Důvodů je zřejmě více, ale za nejzávažnější považuji to, že lidem chybí základní informace o duševním onemocnění, o jejich projevech a dokonce se domnívám, že panuje v celé společnosti jakási nechuť tyto informace dostat do širokého povědomí, nechuť učit zdravé lidi soužití s lidmi s duševním onemocněním.

### 2.1 Stereotypy a předsudky ve vnímání duševního onemocnění

Stereotypy v sociální psychologii můžeme chápat jako rigidní, pasivně přijímané způsoby, jak posuzovat určité skupiny lidí a to na základě kulturních tradic a předsudků v dané společnosti (Hyhlík a Nakonečný In Praško, 2001, s. 32). Tyto stereotypy v posuzování jsou aplikovány u určitých skupin lidí, tříd nebo určitých představitelů obyvatel (policista, intelektuál, psychicky nemocný), ale i celých národů nebo ras (žid, černocho, cikán). V sociální psychologii odborníci rozlišují tzv. autostereotypy, to znamená představy a mínění, která mají příslušníci určité skupiny o sobě samých (psychicky nemocní o psychicky nemocných), a heterostereotypy, představy o členech skupin jiných (zdraví obyvatelé o psychicky nemocných). Takové posuzování z pohledu stereotypů bývá zjednodušené a iracionální, není brán ohled na individuální vlastnosti a specifické odlišnosti konkrétního člověka (Praško, 2001, s. 32-33).

Janík (1987, s. 71) pak hovoří o obrazu duševně nemocného ve společnosti, jež se vyznačuje stálostí a malou flexibilitou při aplikaci na konkrétního jedince. Tvrdí, že laikem jednou osvojený obraz je odolný vůči modifikujícím vlivům a má fiktivní charakter. Takto časově ukotvený fiktivní obraz se pak nazývá stereotypem obrazu o duševně nemocném. Ovšem i tento obraz prodělává historický vývoj a závisí na vztahu společnosti a lidí s duševním onemocněním (Janík, 1987, s. 73).

Stejně tak uvádí Vágnerová (2000, s. 168-169), že stereotyp člověka s duševním onemocněním se v každé společnosti vytváří pod vlivem tradic a aktuálního sociokulturního standardu. Pokud se člověk přestává chovat standardním způsobem, jsou mu přiřítány automaticky vlastnosti typické pro určitou skupinu. Tyto vlastnosti nejsou přisuzovány na základě zkušeností s nemocným člověkem, ale ze zafixovaného, stereotypního postoje dané společnosti. Mnohé laiky znepokojuje samotná přítomnost člověka s duševním onemocněním, protože takovýto člověk se, na rozdíl od zdravých lidí, neřídí běžnými pravidly a normami chování. Ve stereotypu obrazu člověka s duševním onemocněním je zdůrazněno to, že nejsou schopni respektovat běžné sociální normy a z toho vyplývá narušení sociálních vztahů. Člověk s duševním onemocněním bývá posuzován jako osoba nesvéprávná, bez dostatečných kompetencí k rozhodování. Z tohoto stereotypu pojetí člověka s duševním onemocněním vyplývá i manipulující a ochranný postoj veřejnosti. Jak uvádí Vágnerová (2000, s. 170), k zcela běžným názorům ve společnosti patří: „*Takového člověka je třeba chránit před ním samým a zároveň je nutné ho izolovat, aby nebyl nebezpečný společnosti*“. To je typický stereotyp snad nejrozšířenější mezi laickou veřejností, který má ospravedlňovat izolaci nemocného.

Stereotypy, a to platí i o typickém stereotypu člověka s duševním onemocněním, se mohou v průběhu vývoje společnosti pozvolna měnit. Tato změna může být způsobena různými příčinami. Zpravidla to bývá pod vlivem celkového naladění, sociopolitického zaměření ve společnosti, i přímo politickou objednávkou. Příkladem může být masivní propaganda negativního stereotypu o méněcenných rasách a skupinách obyvatel v období nacizmu (Praško, 2001, s. 33). Nové stereotypy mohou vznikat, ty dlouhodobé lze redukovat. Ale vyžaduje to dlouhodobou a soustavnou práci na poli osvěty. Vytvářet kampaně, které by bojovaly proti škodlivým předsudkům a stereotypům o lidech s duševním onemocněním. Jak uvádí ze svých zkušeností Sarah Hamid-Balma (2009, s. 6-7), mezi různými kulturami

panuje rozdílnost v úrovni předsudků. Jak uvádí, například v rozvojových zemích má třeba schizofrenie lepší prognózu, protože je sociálně lépe přijímána.

Pokud se vrátíme ke stereotypu člověka s duševním onemocněním, i zde je patrný určitý pozitivní posun. Přesto se však stále tento stereotyp promítá do různých vtípů o bláznech, do hovorových, často pejorativních obrátů, do zpráv v masmédiích i do uměleckých děl. Stereotyp tak přináší pro jedince někdy pozitivní, ale mnohem častěji negativní důsledky. Mezi pozitivní může patřit ochrana jedince, jako více zranitelného a odkázaného na pomoc ostatních, soucit s ním a jeho osudem, kladení menších nároků na výkon a plnění sociálních rolí v životě. Typickým negativním důsledkem je stigmatizace a diskriminace (Praško, 2001, s. 33).

Chování člověka s duševním onemocněním a to, jak prožívá různé životní situace, se může jevit jako extrémní vystupňování stavů, které každý prožívá v běžném životě. Každý někdy zažívá smutek, úzkost, bojuje s vtíravými myšlenkami, ztrácí chuť k jídlu, špatně spí, ale zdravý člověk dokáže tyto stavy přemáhat a má nad nimi kontrolu. Člověk s duševním onemocněním může vyvolávat dojem, že je slabý a neschopný svůj stav překonat a ovládat. Pro laika pak z toho vyplyne, že člověk s duševním onemocněním je jiný, než člověk zdravý nebo se somatickým onemocněním. Jeví se pak jako člověk s vadami povahy: slabý, neschopný a také nespolehlivý, nekontrolovatelný a možná i hloupý a nebezpečný, agresivní. Je mnohem jednodušší přijmout vysvětlení, že takový člověk morálně a duševně selhal, než přistoupit na skutečnost, že se jedná o odlišnou činnost mozku. *„Duše je pro mnohé zárukou naší výjimečnosti. Její onemocnění se snadno vykládá jako důsledek slabosti nebo jako důsledek působení vyšší síly“* (Libiger, 2001, s. 37).

Veřejnost, jež není informována o příčinách, projevech a prognózách duševních onemocnění se potřebuje domnívat, že neobvyklé chování, které duševní onemocnění provází, se projevuje z určitého důvodu. Pakliže by nebyl nějaký důvod, bylo by se možné domnívat, že život je pouhá souhra náhod. A to je pro většinu lidí nepřijatelné tvrzení. Proto je na lidi s psychickými problémy nahlíženo dle projevů jejich onemocnění, aby se dalo odlišit, kdo je „my zdraví“ a „oni nemocní“ (Sarah Hamid-Balma, 2009, s. 6-7).

Praško (2001, s. 34) předpokládá, že stereotyp člověka s duševním onemocněním může být modifikován představou o příčině poruchy. Rozděluje postoje laiků k příčinám psychických poruch do několika kategorií. První kategorií jsou příčiny charakterové, jako je du-

ševní méněcennost, slabost, zvrhlost, nemorálnost. Druhou kategorií tvoří příčiny organické. Sem patří např. dědičné zatížení, nemoc mozku. Poslední kategorií jsou příčiny situační, například zhroucení po traumatu, leknutí, životní rány, zhoršení materiální situace, zhroucení z velkého žalu či utrpení. Podle toho, jaká je předpokládaná etiologie poruchy, může se měnit i postoj k nemocnému. U první kategorie se předpokládá, že nemocný na sobě bude pracovat a snažit se změnit nebo by měl být převychován. U druhé kategorie by měli nastoupit lékaři se svou léčbou, a pokud léčba není možná, měl by být izolován. U poslední kategorie se předpokládá, že nemocného budou všichni chápat a pomáhat mu, ale po určitém čase by se měl vzchopit a normálně fungovat.

Lidé s duševním onemocněním jsou pod vlivem stereotypů označováni především jako násilníci s nepředvídatelným chováním, se špatnými společenskými návyky a dovednostmi, jež si za své onemocnění mohou sami. Většinou ani nevěří v jejich případné uzdravení či možnost léčby. Z těchto důvodů pak cítí opodstatnění svého přesvědčení, že je nutné je hospitalizovat nebo izolovat v různých zařízeních. Často také převládá názor, že by jim mělo být pomoheno, ale veřejnost se na to nemusí dívat (Sarah Hamid-Balma, 2009. s. 6-7).

Člověk s duševním onemocněním nese ne svoji vinou stereotypní hodnocení ostatními lidmi. Takové hodnocení má kořeny v kultuře a je velice těžké s ním bojovat a měnit ho. Je totiž upevňované v každodenní podobě zprávami v médiích, poznámkami v běžné mluvě i ustálenými obraty řeči. Nerozlišuje mezi jednotlivými případy a nepracuje se zkušeností s konkrétním člověkem. Stereotypní předsudky jsou postaveny do roviny obecného očekávání. Tyto předsudky ovlivňují vnímání lidí a jejich postoje k lidem s duševním onemocněním a to na základě předpokládaných skupinových vlastností, bez ohledu na skutečné charakteristiky jedince a jeho situaci. Předsudek je možné chápat jako pohodlnou, společností posvěcenou zkratku, která usnadňuje rozhodování spojené s hodnocením konkrétního člověka. Obsahuje silnou emoční komponentu, která je posilována společností a kulturou a napomáhá rychlému prosazení důsledků předsudku do obecného chování lidí (Libiger, 2001, s. 37).

Stereotypy v posuzování lidí s duševním onemocněním nejsou typické pouze u veřejnosti, která se s takto nemocným nikdy nesešla. I osobní zkušenost, která není podložena dostatkem informací, může stereotypy a předsudky posilovat. Pokud se někdo neinformovaný setká například v zaměstnání s člověkem se schizofrenií, může z toho člověka mít dojem,

že je líný, neschopný, podivínský, vyhýbající se povinností, jeho chování je pro něj ne-normální. Po této zkušenosti si udělá obraz o tom, co je duševní nemoc. Takto získaný vjem na základě jedné zkušenosti, nekorigovaný racionálními argumenty, se předává dál a vytváří se tak generalizované, trvalé přesvědčení o lidech s psychickými poruchami (Wenigová, 2006).

Ve vztahu k lidem se zdravotním postižením, čímž duševní onemocnění také je, lze obecně předsudky rozdělit na několik typů. Jsou to předsudky podceňující, odmítavé, projektivní neboli ochranné, hostilní (nepřátelské), idealizující nebo heroizující. Předsudky se šíří socializací v rodině, ve skupině vrstevníků, médiu, ale i nepoučení vzdělavatelé v našem školství mohou být příčinou šíření předsudků (Michalík, 2011, s. 47-48).

Souhlasím s názorem Janíčka (2007), že jedním z hlavních předpokladů, aby se změnil stereotyp vnímání lidí s duševní poruchou, je dostatečné vzdělání zdravotnického personálu nepsychiatrických oborů v základech psychiatrie a psychologie. A totéž platí o společnosti jako celku, počínaje vzděláváním učitelů a výchovou žáků a studentů na školách. Lobbistické snahy za užívání korektních pojmů vůči lidem s psychickým onemocněním jsou zcela nedostačující, i když znamenají určitý krok správným směrem.

### **2.1.1 Nejčastější mýty a stereotypy o duševní nemoci**

Stereotypy, předsudky a mýty jsou škodlivé pro člověka s duševním onemocněním i jeho rodinu a to již při samém počátku propuknutí nemoci, kdy se takový člověk bojí přiznat svoje potíže, aby nebyl těmito předsudky stigmatizován a tudíž se stává, že nevyhledá včasnou pomoc nebo léčbu.

Ve společnosti je vůči duševně nemocným zakořeněna celá řada mýtů. Ty nejznámější z nich uvedla společnost Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví v rámci svého destigmatizačního programu „Změna“ na letáku vydaném v roce 2008. Podobné mýty uvádí i Jarolímek (2008).

- Lidé s duševní nemocí jsou agresivní a nebezpeční.

Je pravda, že lidé při atacích nemoci mohou reagovat se zvýšenou agresivitou, ale podíl osob s duševní nemocí na násilných činech a zločinnosti je srovnatelný s ostatní populací. Psychiatrické statistiky a výzkumy dokazují, že celková agrese není větší, než u ostatních lidí (Libiger, 2001, s. 38). Například podle zprávy Americké psychiatrické asociace je

mnohem větší problém násilí a agresivita páchaná na lidech s duševním onemocněním, tedy že oni se častěji stávají oběťmi násilí, než kterého se dopouští sami. Přestože především u nemocných se schizofrenií může být zvýšený počet násilných trestných činů, je to většinou u těch nemocných, kteří se neléčí nebo jejich léčba neprobíhá správně. Násilí může vycházet z psychotických fenoménů, jako jsou bludy a halucinace.

- Všichni lidé s duševní nemocí musejí být hospitalizováni a nemohou žít mimo ústavy.

Jak uvádí Wenigová (2008), v akutní fázi nemoci, např. schizofrenie, je často hospitalizace potřebná, ne však nutná, často je možné zvládnout ataku nemoci v ambulantních podmínkách. Po odeznění akutních příznaků je žádoucí návrat do přirozeného prostředí. Zde by měla nastoupit pomoc ze strany komunitních zařízení a služeb. Foucault (1971, s. 60) objasňuje tendence společnosti izolovat a vypuzovat odchylné jedince ze svého středu, aby se v něm „nemusela poznat“. To je dáno projekcí kulturních témat, k nimž naše kultura dospěla svým vývojem.

- Lidé s duševní nemocí nemohou pracovat a studovat.

Ve své studii uvádí Libiger (2001, s. 38), že v průmyslových zemích pracuje méně než 20% lidí se závažným duševním onemocněním. Přesto však velký počet nemocných, studie US National Institute of Mental Health uvádí až jedna třetina pacientů, je schopno s pomocí a podporou najít a udržet si práci na volném pracovním trhu v běžných pracovních podmínkách a neexistují žádné rozdíly v produktivitě práce ve srovnání s ostatními zaměstnanci. Příznivější je ovšem pro ně zaměstnání pravidelné, bez stresů a s jasně vymezenými povinnostmi. Zaměstnávání lidí s duševním onemocněním má svá specifika, která jsou dána především kolísavostí jejich klinického obrazu, na rozdíl např. od osob s mentálním postižením a z toho také často pramení neochota zaměstnavatelů tyto osoby zaměstnávat (Mahrová a Venglářová, 2008, s. 127).

- Řada osob svádí na duševní onemocnění svou neschopnost a lenost.

Duševní poruchy jsou reálné stejně tak jako symptomy nemoc provázející. Jejich diagnóza je vědecky podložena a nezpochybnitelná. Přináší pro nemocného velkou zátěž ve všech oblastech jeho života, způsobují mnohá omezení. Jedním z projevů a nejčastějších psychotických příznaků je porucha vůle, hypobulie, oslabení vůle nebo abulie, což znamená úplná

ztráta vůle (Vágnerová, 2004, s. 70). Na základě projevů této nemoci, se může člověk zdát líný nebo neschopný. Duševní poruchy nelze spojovat s nedostatkem charakteru nebo jinými povahovými rysy.

- Z duševní nemoci se nelze uzdravit.

Dlouhodobé studie ukazují, že asi 20 % lidí potká jen jedna epizoda ataky nemoci a to bez dalších následků. Asi 32 % prožije více epizod, ale jen s minimálním nebo žádným poškozením v oblasti sociálního fungování. Je ovšem pravda, že až u 40 % nemocných dochází k četným atakům, které trvale poškodí jejich sociální i psychologické fungování. (Wenigová, 2008). Jak uvádí Libiger (2001, s. 38), například u schizofrenie jedna až dvě třetiny nemocných uspokojivě prožívá svůj život s úplnými remisemi, čili obdobím zcela bez příznaků nemoci. Také upozorňuje na to, že průběh nemoci může ovlivňovat mnoho proměnlivých, mezi něž také patří diagnostické omyly, nesprávná léčba, rodinné a sociální prostředí. Jarolímek (2008) upozorňuje na skutečnost, že například u osob se schizofrenií jsou velmi účinnými terapeutickými metodami psychofarmaka a psychosociální intervence. Při využití obou způsobů léčby je dosahováno velkého procenta úspěšnosti buď úplného zvládnutí nemoci, nebo výrazně pozitivního ovlivnění jeho průběhu. Leona Dyrehauge (2010) klinická psycholožka a psychoterapeutka říká, že například schizofrenie není vyléčitelná, ale je poměrně dobře léčitelná a zvládnutelná podobně jako některé jiné somatické onemocnění třeba cukrovka. Za velmi důležité považuje individuální přístup k léčbě i k pacientovi a týmovou spolupráci odborníků.

### **2.1.2 Vnímání osob s duševním onemocněním veřejností**

Veřejnost si utváří svůj náhled na osoby s duševním onemocněním především prostřednictvím informací, které se jí dostávají. Velký vliv mají v této oblasti média, především tisk a televize. Důležitým kanálem informací jsou rovněž kampaně zaměřené na osvětu a zlepšení vnímání osob s duševním onemocněním. Podle mého názoru by však první erudované informace měly být předávány již žákům na školách. Dalším informačním zdrojem by mohli být samotní nemocní. Setkávání s těmito lidmi v běžných životních situacích, osobní zkušenost založená na poznání konkrétního člověka s psychickými problémy a jeho osobnosti, otevřenost v prezentaci všech problémů spojených s psychickou nemocí. Téměř každý má povědomí o nejrozšířenějších somatických onemocněních, o příčinách jejich vzniku, o projevech, léčbě a prognóze. Většina lidí neskrývá to, že onemocněli nějakou somatickou

nemocí. Duševní onemocnění v naší společnosti není tolerováno nebo v lepším případě je k němu veřejnost lhostejná. Nemoc duše je stále opředena mnoha mýty a předsudky a změnit to může jen dostatek vhodně prezentovaných informací, konfrontace našich představ s racionálními argumenty a osobní zkušeností.

Nejvíce ze všech duševních poruch je zřejmě v povědomí laické veřejnosti známá schizofrenie, i když jen málo lidí ví konkrétně, co si pod tímto pojmem představit. Tomu odpovídají i výsledky výzkumu názorů na schizofrenii, který proběhl na konci roku 2004 v ČR v rámci spolupráce projektu „Změna“ s agenturou DEMA. Wenigová (2006) shrnula výsledky tohoto výzkumu do několika zajímavých postřehů. Prvním z nich je ten, že chování lidí k osobám se schizofrenií odpovídá tradičním představám o duševních nemocech, založených na stereotypech, které se utvářely v minulosti, jsou generačně předávány a mají negativní podtext. Dalším zjištěním je skutečnost, že informovanost veřejnosti o schizofrenii je velmi malá, informace jsou útržkovité a náhodné. Zajímavá je i skutečnost, že mnohem příznivěji se staví k nemocným ti, kteří se s takovým člověkem dostali do interpersonálního kontaktu a to v rodině, zaměstnání nebo v okruhu přátel. Obraz nemocného schizofrenií, jak jej vidí široká veřejnost, je sestaven ze tří hlavních aspektů, a to je nevyzpytatelnost v chování, jeho možná agresivita a obavy, které ve svém okolí vzbuzuje. Studie rovněž potvrdila, že představy odpovídají mýtům o duševním onemocnění, tedy že jsou neléčitelné a osoby s psychickým onemocněním jsou nevyzpytatelné a agresivní.

Vnímání osob s duševním onemocněním laickou veřejností může být různé a je ve velké míře ovlivněno vnějšími znaky. Vágnerová (2004, s. 89-90) považuje za nejpodstatnější při vnímání nemocného to, jaké jsou viditelné znaky zevnějšku, dále pak výrazné změny v chování nemocného a jak již bylo řečeno také předsudky. Stejně tak Janík (1987, s. 73-74) uvádí, že laik věří, že pozná člověka s duševním onemocněním již podle vzhledu a tomu přiřadí příslušnou charakteristiku takového člověka. Na prvním místě jsou to oči a (pohaslé, bez života, strnulé, šílené a odpovídající charakteristika-„je mimo“), dále pak výrazové projevy a psychomotorika (křečovitý, strnulý, nepřítomný a charakteristika-„směje se jako blázen“), řeč (nesouvislá, zmatená a charakteristika-„mluví z cesty“), pohyby (neobratné, nekontrolované, chorobné), chování (dětinské, nevyzpytatelné, divné), jednání (zmatené, bez rozumu, nekompetentní). Stejně tak hodnocení rozumových funkcí je velmi negativní.



## 2.2 Sociální postavení osob s duševním onemocněním

Každý člověk žije v určitém sociálním prostředí, jež je tvořeno určitými lidmi a jejich interakcemi, různými situacemi, jež tyto interakce navozují a celkovým okolním prostředím. Sociální postavení ve společnosti je pak dáno především rolami, které člověk v životě zastává a podle toho, jak se dokáže vyrovnat s požadavky, které jsou na jednotlivé sociální role kladeny, je také hodnocen sociálním okolím. Sociologický slovník definuje sociální roli jako „*souhrn očekávaných jednání vůči jedinci, který zastává určitou sociální pozici*“ (Jandourek, 2007, s. 207). Role také přináší určitý sociální status, tedy postavení člověka ve společnosti ve vztahu k druhým. Pokud člověk onemocní závažnou chorobou, kterou duševní porucha bezesporu je, mění se tak jeho dosavadní role a získává specifickou sociální roli.

Goffman (1999, s. 10-14) zajímavým způsobem popsal „hraní“ rolí. Uvádí, že při sociálních interakcích nemáme většinou dostatek pravdivých informací o člověku, s kterým se setkáváme, proto se musíme spolehnout na to, jak nám svou roli prezentuje a to pomocí různých symbolů (svým zjevem, mimikou, vyjadřováním, vystupováním). Snaží se nás přesvědčit o pravdivosti své role a očekává podle toho naše hodnocení a přístup ke své osobě. Pokud člověk ztrácí schopnost hrát své dosavadní role, v našem případě vinou duševní poruchy, automaticky získává novou, kvalitativně horší roli nemocného. Jak uvádí Vágnerová (2004, s. 90-91), tato nová role může svému nositeli zaručovat i určitá privilegia, např. ochotu okolí tolerovat určité nedostatky, ohledy a podobně, ale přináší i ztrátu mnohých práv, například právo samostatně rozhodovat. Nová role nemocného jej také ochuzuje o role podstatnější, jako je profesní role, která přináší pocit uspokojení a prestiž. Mění se role v rodině tím, že člověk ztrácí schopnost plnit některé své dosavadní funkce, mění se jeho pozice rovnocenného člena a to i v kolektivu přátel.

Velký problém může nastat, pokud se člověk po úspěšné léčbě chce opět zařadit do svého sociálního prostředí, chce navázat původní sociální vazby a vymanit se ze své role nemocného. K těmto snahám zaujímá veřejnost spíše negativní postoj a to opět na základě předpokladu o nevléčitelnosti duševní nemoci. Je obvyklé, že pokud naváže partnerský vztah, je partner „taktickým“ způsobem někým „zdravým“ varován, studium nebývá doporučeno, je problém získat práci neboť zaměstnavatelé předvídají problémy vzhledem k nepříznivé prognóze. Tak se stane, že „*nemocný je ve své roli uvězněn*.“ (Styx, 2003, s. 44).

Samotná duševní porucha přináší pro člověka velkou psychosociální zátěž. Může pro nemocného znamenat i změnu identity a to tím, že bude akceptovat očekávání ostatních. Veřejnost svými postoji prezentuje určité očekávání v chování a omezených možnostech člověka s duševním onemocněním, který se pak s tímto očekáváním ztotožní. Dostává se tak do začarovaného kruhu. Společnost očekává, že bude hrát roli nemocného, že jeho chování bude odpovídat zažitým stereotypům se všemi pravidly s toho vyplývajícími a člověk s duševním onemocněním nedokáže takovému očekáváním vzdorovat (Vágnerová, 2000, s. 102). Opakovaně jsou konfrontováni s neporozuměním, nepřijetím, což ústí v postupné propadání do pasivity a receptivity (Dušek a Večeřová-Procházková, 2005, s. 153). Proto často dochází k tomu, že nemocný se před světem uzavře, dochází k izolaci nemocného. Společnost tak svým postojem neumožní uspokojování sociálních potřeb, kterými jsou zejména potřeba sociálního kontaktu, potřeba přátelského vztahu, potřeba vzájemnosti, sociální komunikace, kladného sociálního hodnocení a potřeba lásky (Křivohlavý, 2001, s. 103).

Sociální postavení osob s duševním onemocněním je dáno především tím, jak je společnost vnímá. Sdílím názor Novosada (2009, s. 19-20), že společnost by měla být vychovávána k uvědomění si toho, že každý člověk je jedinečný, nikdo není stejný. Pakliže nikdo není stejný, pak nemohou být lidé ani odchylní či odlišní, protože nemají protipól v „nějaké relativně absolutizované normě“. Z toho by měl také vyplývat posun postoje společnosti od intolerance, tedy výrazného odmítání, přes toleranci, kdy převažuje pochopení, že existují jevy, s kterými se člověk nemusí ztotožnit, ale musí je respektovat, až k akceptaci a harmonizaci. Což přináší přijetí skutečnosti o individualitě každého jedince, o různorodosti a osobitosti, která patří k fenoménům provázející lidský život i vývoj společnosti.

### **2.2.1 Stigmatizace a diskriminace osob s duševním onemocněním**

Pojem stigma pochází ze starověkého Řecka a v tehdejší době to bylo označení pro viditelné znamení vypálené či vyřezané do těla člověka, který byl z nějakého důvodu vyčleněn ze společnosti. Nejčastěji se jednalo o otroky a zločince. Toto znamení mělo každého upozornit, že osoba je pošpiněná, nečistá a je radno se jí především na veřejnosti vyhýbat. V období křesťanství se termín rozšířil na další dva významy. První se vztahoval k tělesným znakům na končetinách, které byly mysticky vzniklým napodobením ran Krista přibitého na kříž. Druhý pak označoval lékařskou narážku na tělesné znaky fyzické poruchy (Goff-

man, 2003, s. 9). Stigma především zdůrazňuje skupinovou identitu jedince a potlačuje do pozadí jeho individuální vlastnosti. Vyčleňuje ho do skupiny stejnou charakteristikou postižených jedinců (Libiger, 2002, s. 17). Stigma znamená znehodnocující přívlastek, je to cejch, kterého se nemocný bojí, protože stigma duševní nemoci znamená vzdát se své autonomie, rezignovat na vlastní vidění skutečnosti, akceptovat, že na něj společnost bude pohlížet z perspektivy obrazu duševně nemocného a bude mu vyčleněna kariéra duševně nemocného (Raboch, Zvolský et al., s. 245).

Stigmatizace je pak proces, který umožňuje přiřazení příslušnosti jedince k určité skupině na základě kategorizace atributů, které určují sociální identitu. Stigma je pak silně diskreditující atribut (Goffman, 2003, s. 10-11). K takto stigmatizované skupině se pak ostatní chovají relativně stejným, předvídatelným způsobem, který odpovídá předpokládaným vlastnostem celé skupiny bez ohledu na individuální odlišnosti a osobnost jednotlivce.

Dle Sarah Hamid-Balma (2009, s. 6-7) existují tři hlavní zdroje stigmatu:

- „*Stigma omlouvá současnou sociální nespravedlnost.*“ Situace, kdy izolaci člověka s duševním onemocněním považujeme za oprávněnou, neboť takový člověk je nebezpečný sobě i ostatním,
- „*Stigma slouží k podpoře základních psychologických potřeb.*“ V tomto případě člověk porovnává svůj život s životem člověka s duševní poruchou a cítí se úspěšnější, spokojenější,
- „*Stigma slouží k tvorbě tzv. mentálních zkratk, které dovolí vytvořit si rychle názor na lidi s psychickou nemocí a to na základě jejich příslušnosti ke stereotypizované skupině*“. Při setkání s člověkem s duševní nemocí se předpokládá, co se od něj dá očekávat a jak se k němu chovat.

Stigma pak brání stigmatizovanému jedinci v návratu do společnosti, brání mu navázat běžné sociální vazby, snižuje jeho příležitosti najít si práci, snižuje naději na rovnocenné zacházení při interakcích, není brán jako partner. To také snižuje jeho víru v sebe sama, v uzdravení, jeho motivaci k léčbě. Zvyšuje situační zátěž, jež může být často spouštěčem k relapsu nemoci, tedy opakovanému projevení příznaků nemoci (Libiger, 2002, s. 14). Lidé s duševním onemocněním patří k nejvíce poznamenaným stigmatizací. Okolí je soustavně podceňuje, dokonce i rodina, přátelé či terapeuti jsou touto stigmatizací zasaženi a musí se s jejími důsledky vypořádat. Sarah Hamid-Balma (2009, s. 6-7) uvádí, že podle

velké americké studie mezi lidmi s duševním onemocněním až 80% respondentů uvádělo, že se setkala se zraňujícími nebo urážlivými poznámkami.

Odstranění nebo zmírnění stigmatizace je závislé na rozpoznání jeho zdrojů, kterými mohou být vzájemně propojené faktory a to jednak skutečná odlišnost člověka s duševním onemocněním ať už nápadným chováním, vzhledem či komunikací od normy, jednak předsudky a také nároky a hodnoty dané společností. Stigmatizace pak vede k izolaci a to i přes to, že na nemocném nejsou žádné zjevné příznaky. Stigmatizaci pak bere jako součást vlastní nemoci, přestože je důsledkem sociálního mechanismu. Tento mechanismus byl popsán a nazván jako tzv. značkovací neboli etiketizační teorie (labelling). Labelling nevychází z objektivního chování, ale z toho, že společnost určité chování považuje za deviantní, tedy odlišující se od sociální normy (Jandourek, 2007, s. 59, s. 139). Podle přidělené diagnostické značky, nálepky nemocný přijme roli, která je mu připsána a interpretuje svůj život podle ní. Stigmatizace je posilována médii, která podsouvají zločinnost lidí s duševním onemocněním a vykreslují je jako vraždící psychopaty, kteří vraždí pouze proto, že jsou „šílení“ (Libiger, 2002, s. 17).

Nálepka má podle názoru Praška (2001, s. 34) stabilizující vliv na deviantní chování a jeho mechanismy mohou být různé. Jednak pacient mění obraz o sobě pod vlivem nálepky, nebo aby se jí zbavil, jednak zpětně interpretuje své chování ve smyslu deviace a ve svém dosavadním životě hledá důkazy pro své nové stigma (ukotvuje se). Dalším mechanismem utvrzení je to, že nálepka slouží okolí jako status, neponechává prostor pro jiné hodnocení, než obsahuje stereotyp a jeho nová role. Stejně tak uvádí Goffman (2003, s. 25), že stigmatizovaný se bojí dostávat do běžných interpersonálních vztahů s ostatními tzv. normálními, neboť neví, co si o něm opravdu myslí a setkává se s tím, že i zcela drobné selhání a nahodilé nevhodné projevy budou interpretovány jako výraz stigmatizující odlišnosti.

V souvislosti se stigmatizací se často hovoří o selfstigmatizaci, kdy se člověk s diagnózou začne cítit méněcenný, podceňuje se, má pocit nepatřičnosti do tohoto světa, začne negativně hodnotit sám sebe a v důsledku tohoto přesvědčení očekává negativní hodnocení i od ostatních (Máhrová a Venglářová, 2008, s. 129).

Stigma duševního onemocnění vede k diskriminaci a to ve zcela konkrétních situacích, jako je pracovní uplatnění, sociální izolace, zhoršení kvality života v důsledku sníženého

sebevědomí. Vede k nepříznivému vývoji nemoci, což může znamenat větší riziko relapsů, dalším přidružením funkčních omezení a i vyšší mortalitě (Libiger, 2002, s. 14).

Novosad (2009, s. 32) uvádí: „*Diskriminací rozumíme takové způsoby jednání, kterými jsou znevýhodňováni nebo ponižováni lidé na základě své příslušnosti k určité sociální skupině.*“ Tato diskriminace vede k odmítání principu rovného přístupu k uplatňování práv a požadavků lidí s duševním onemocněním.

Dopady diskriminace na člověka s duševním onemocněním jsou podle Sarah Hamid-Balma (2009, s. 6-7) mnohem vážnější a hlubší, než nepříjemné poznámky a posměšky. Mnohem závažnější je to, že v důsledku stigmatizace mohou být těmto lidem odírána základní občanská práva, setkávají se s diskriminací při hledání bydlení, při žádosti o zaměstnání, při uplatňování nároku na sociální dávky, při výběru vysoké školy a mnohdy také ve věcech rodičovských práv či zájezdu do zahraničí. Takové diskriminační jednání ze strany sociálních sítí, zdrojů a institucí má značně negativní dopad na celkovou kvalitu života nemocného.

Z pozice osob s duševním postižením lze diskriminaci rozdělit do čtyř základních skupin:

- 1) přímá diskriminace - jednání viditelně nevýhodné pro postiženého ve srovnání s jinou osobou ve stejné situaci,
- 2) nepřímá diskriminace – jednání, kdy zdánlivě neutrální ustanovení, kritérium či praxe uvede postiženého do konkrétního znevýhodnění ve srovnání s ostatními,
- 3) skrytá diskriminace – neprovedení nebo záměrné oddalování opatření tam, kde to nelze ospravedlnit,
- 4) obtěžování – když dojde k nevyžádanému chování vůči postiženému, které má za důsledek porušení důstojnosti či vytvoření zastrašujícího, nepřátelského, ponižujícího nebo urážlivého prostředí (Novosad, 2009, s. 32).

### **2.2.2 Práva osob s duševním onemocněním**

Lidé s duševním onemocněním mají stejná práva jako všichni ostatní občané, přestože někdy v důsledku své nemoci nejsou schopni je sami hájit a prosazovat a jsou tudíž znevýhodněnou skupinou. Tato práva a ochranu jim zaručuje právní legislativa, ať už mezinárodní ve formě úmluv a deklarácí, či národní ve formě zákonů. Není mým cílem zmiňovat všechny dokumenty vztahující se k právům lidí s duševním onemocněním, neboť legislativa je velmi nepřehledná, roztržitá, nekoncepční a mnohdy nejasná. Jak uvádí předseda

Národní rada osob se zdravotním postižením (NRZP ČR) Krása (2009, s. 3), Česká republika nutně potřebuje zákon, který by se zabýval ochranou práv lidí s duševním onemocněním a dodává, že se dosud nepodařilo vytvořit standardní nástroje politiky péče o osoby s duševní poruchou v podobě právních norem.

To je podle mého názoru jednou z příčin, společně s v praxi realizovanými předsudky, proč dochází k diskriminaci a porušování práv této skupiny lidí. Další příčinou je to, že v důsledku svého onemocnění často nejsou schopni sami svá práva prosazovat. Stávající podoba legislativy nezaručuje adekvátní a individuální právní pomoc osoby s právním vzděláním, jen v některých případech soud stanovuje bezplatného právního zástupce, ale praxe ukazuje formálnost a plošnost takového zastupování. Placené právní služby jsou pro většinu lidí, a to se v podstatě netýká jen lidí s duševním onemocněním, příliš drahé, tudíž málo dostupné. Také dosud nefungují specifické mechanismy ochrany jejich práv, chybí vzdělávání v otázkách práv všech zúčastněných v systému péče o lidi s duševním onemocněním a to se týká nejen odborníků, ale i široké veřejnosti. Je žádoucí, aby vznikaly koalice zájmových skupin, které by se zasazovaly o dodržování práv lidí s duševním onemocněním (Ripová, 2006).

Oblastí porušování práv je mnoho, ať se jedná o přístup k veřejným službám, o rovné příležitosti k práci a vzdělání, o oblast ochrany majetku a především právo rozhodovat o sobě samém v otázkách zdraví, léčby, hospitalizace a také v oblasti způsobilosti k právním úkonům, jak se také uvádí v Květnové deklaraci České asociace pro duševní zdraví (ČADZ). Přesto, že tato Deklarace byla vydána již v roce 2003, situace v oblasti ochrany práv lidí s duševním onemocněním se příliš nezlepšila.

Deklarace lidských práv a duševního zdraví, která byla schválena Světovou federací pro duševní zdraví v r. 1989, uvádí nutnost ochrany osob s duševním onemocněním a specifikuje zásady této ochrany:

- *„nepovažovat duševně nemocného v žádné situaci a za žádných podmínek za vyčleňného z lidské společnosti,*
- *jednat s ním jako rovný s rovným, byť by tuto představu svým myšlením, chováním, konáním a stavem narušoval,*
- *chránit jeho práva ve všech ohledech, byť si jich není vědom nebo nedává najevo, že si jich je vědom,*

- *informovat jej o jeho stavu sociálním i zdravotním, o možnostech nápravy a léčby a být mu nápomocen,*
- *informovat jej o jeho právech, respektovat je a pomáhat mu k jejich dosažení.“*

V tiskové zprávě NRZP ČR (Národní rada osob se zdravotním postižením, 2009, s. 1-2) se uvádí nejčastější oblasti porušování práv osob s duševním onemocněním. Jsou to:

- *„právo na informovaný souhlas,*
- *právo na styk s nezávislým orgánem i na uzavřeném oddělení pro podávání stížností,*
- *ochrana práva na soukromí a lidskou důstojnost,*
- *posuzování způsobilosti k právním úkonům,*
- *výkon opatrovnictví“.*

Právo na informovaný souhlas, porušované nedobrovolnou hospitalizací (detencí) a léčbou patří k nejčastěji porušovaným právům. Detence osob s duševním onemocněním je mimo vazby a odnětí svobody nejčastějším omezením svobodného pohybu. Tato nedobrovolná hospitalizace je upravena zákonem ČNR č. 86/1992 Sb. ve znění pozdějších předpisů a mimo jiné vymezuje případ zákonné hospitalizace bez souhlasu nemocného: *“...jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí“*, přičemž nebezpečí musí být zjevné a akutní (zák. ČNR č. 86/1992 Sb., §24 odst. 4). Toto ustanovení je velice diskutabilní a zjevně je zde dána možnost pro zneužití, stejně tak i v další etapě, kdy probíhá řízení o vyslovení přípustnosti převzetí a držení občana v ústavu zdravotnické péče. Bývá běžnou praxí, že soudy nevyslychají tyto osoby a ani jim nedoručují rozhodnutí. Při rozhodování se opírají pouze o jednostranné vyjádření lékaře a o stavu pacienta se osobně nepřesvědčují. Při nedoručení rozhodnutí pak není umožněno realizovat právo na spravedlivý proces a není vytvořen prostor pro podání opravného prostředku. Současná právní úprava tedy nezaručuje, aby se mohl nemocný, pokud má zájem, soudních řízení účastnit a využil tak všech svých práv. Dá-li ovšem nemocný dá souhlas se svojí hospitalizací, často se tento souhlas považuje i za souhlas k medikaci a k léčebným výkonům, pacienti nejsou dostatečně informováni o lécích ani terapiích, nemají přístup ke své zdravotní dokumentaci. Otázkou výslechů a dalším porušováním práv především v oblasti práva na soukromí a na důstojné zacházení osob s duševním onemocněním se zabýval veřejný ochránce práv ve své Zprávě z návštěv psychiatrických léčeben v roce 2008 (Motejl, 2008, s. 23). Jako velký problém vnímám z pohledu člověka s duševním onemocněním

také skutečnost, že pokud je zbaven způsobilosti k právním úkonům a souhlas k hospitalizaci dá ustanovený opatrovník, řízení o vyslovení přípustnosti převzetí nebo držení v ústavu zdravotnické péče se nezahajuje (Baštecký, Kúmpel, Vojtěchovský a kol., 1994, s. 143).

Tím se dostávám k dalšímu palčivému problému, tedy k institutu zbavení či omezení způsobilosti fyzických osob k právním úkonům a to často bez právního i medicínského opodstatnění. Automatické důsledky vyplývající z tohoto institutu popírají individuální posuzování případných zásahů do práv a svobod jednotlivého člověka s duševním onemocněním a legitimně tak vytváří celou skupinu lidí, kteří nemají možnost požívat určitá práva. Markantní je tento model přístupu v rodinném právu. Člověk zbavený způsobilosti k právním úkonům automaticky ztrácí rodičovskou zodpovědnost, nemůže se stát osvojitelem, nemůže uzavřít manželství (zák. č. 94/1963 Sb., § 34,64,14).

Dalším zásahem do práv je oblast politických práv, tedy konkrétně do volebního práva, kdy člověk zbavený způsobilosti k právním úkonům je vyloučen z možnosti účastnit se politického života. Právo volit u nás neodpírá lidem zbaveným způsobilosti k právním úkonům ústava, ale volební zákon z roku 1995. Ten říká, že rozsudek o zbavení způsobilosti k právním úkonům znamená překážku k výkonu volebního práva. Právnička Ligy lidských práv Durajová (2010) také uvádí, že v Česku je přibližně 25 tisíc lidí zbavených způsobilosti k právním úkonům a tedy i automaticky práva volit.

Při samotném procesu řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům může docházet k porušování práv. Soud se při svém rozhodování řídí převážně doporučením soudních znalců z oboru psychiatrie, kteří se převážně opírají o další lékařské zprávy, jejich posouzení aktuálního stavu vychází z jediného rozhovoru s posuzovaným, jejich závěry jsou mnohdy obecné, vágní, bez prognózy do budoucna. Soudy často upouští od výsledku posuzovaného a bývá obvyklé i nedoručení rozhodnutí této osobě. Zarážející je i absence periodického přezkumu těchto rozhodnutí.

Rovněž institut opatrovnictví není nastaven tak, aby nedocházelo k porušování práv osob zbavených způsobilosti k právním úkonům. Chybí kritéria a požadavky na výběr vhodného opatrovníka, opatrovníci jsou vybíráni bez souhlasu člověka, o něhož se jedná a bez přihlídnutí k jeho zájmům. Je obvyklé, že opatrovníkem je ustanovena osoba, která návrh na zbavení způsobilosti k právním úkonům podala a která sleduje své osobní cíle a nejedná vždy v souladu se zájmy svého svěřence. Opatrovníci nejsou dostatečně informováni o



svých právech a povinnostech. Mylně předpokládají, že do jejich kompetence spadá rozhodování o tom, zda smí jejich opatrovanec navázat partnerský vztah, jak má trávit svůj volný čas apod. (Sobek a kol., 2007, s. 25). Je rovněž udivující, že soudy při rozhodování o vrácení způsobilosti k právním úkonům se k návrhu staví obvykle odmítavě a je jen velmi malé procento úspěšnosti takovýchto návrhů, na rozdíl od návrhů na zbavení způsobilosti k právním úkonům. A to i přes to, což mi potvrzuje moje praxe, že návrhy podpoří lidé, kteří člověka s duševním onemocněním znají nejlépe a dlouhodobě s ním pracují, čímž mám na mysli sociální pracovníky v zařízeních sociální péče. Problém vidím i v nedostatečně zákonem artikulované subsidiaritě tohoto institutu.

Práva osob s duševním onemocněním a jejich dodržování by se měla dostat do popředí zájmu našich politiků, tvůrců legislativy i všech subjektů, které mohou tuto oblast pozitivně ovlivnit, ať už se jedná o programy určené na vzdělávání, o jasnější a nediskriminující právní zakotvení nebo financování potřebných oblastí péče o osoby duševně nemocné. Vždyť vyspělost kultury národa se pozná podle toho, jak se chová k jedincům, kteří potřebují ochranu.

### 3 SYSTÉM SOCIÁLNÍ PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V ČR

Handicap osob s duševním onemocněním nespočívá pouze v oblasti zdravotních potíží, ale jak zdůrazňují zastánci psychiatrické rehabilitace, přináší i značné limity v oblasti sociální. Člověk s duševním onemocněním ztrácí mnohdy schopnost samostatně vykonávat určité činnosti, což má samozřejmě negativní dopad na jeho fungování v mnoha oblastech života. To se projevuje četnými problémy v oblasti sociální i společenské. Je to například problém nezaměstnanosti, bezdomovectví, sebevražednost, společenská izolace, marginalizace. Atributem lidí s duševním onemocněním je také to, že potřebují většinou dlouhodobou pomoc a podporu odborníků z různých oblastí. Této skupině také nelze poskytovat péči jednotlivo, ale rozmanitost jednotlivých duševních onemocnění, jejich specifické projevy a individuální dopady v závislosti na individualitě a osobnosti jednotlivce, vyžaduje specifické přístupy (Šupa, 2006, s. 3).

Problémy skupiny lidí s duševním onemocněním je proto nutné řešit nejen na úrovni zdravotnické péče, ale je rovněž nutné vytvořit dostatečně hustou síť sociálních služeb. Tedy pro komplexní zajištění pomoci a péče je nutné zkoordinovat oba systémy, zdravotní i sociální (Máhrová a Venglářová, 2008, s. 127). Tento požadavek se začíná objevovat v péči o osoby s duševním onemocněním až ve 20. století. Do té doby byla péče a pomoc zaměřena spíše na zdravotní dopady onemocnění.

#### 3.1 Historický exkurz

Péče o osoby s duševním onemocněním byla po celá staletí dvojího charakteru. Byla to milosrdná pomoc nebo nemilosrdná represe. Záleželo na zvycích, místních podmínkách, přístupu k člověku jako takovému a chápání duševních onemocnění v určitém období historického vývoje. Jestliže budeme sledovat vývoj péče o osoby s duševním onemocněním v našich zemích, stojí jistě za zmínku otevření všeobecné nemocnice v Praze v roce 1790 s prvním ústavem pro duševně choré, nazývaný také Blázinec (Tollhaus). Tím také začíná první lidsky důstojná péče o duševně choré (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 28). V tomto období na přelomu 18. a 19. století začala vznikat diferenciovaná zařízení jako sirotčince pro opuštěné děti, starobince pro staré lidi, chudobince pro nemajetné a blázince pro osoby s duševním onemocněním. A právě rozšířením nevyhovující budovy praž-

ského blázince o zrekonstruovaný klášter sv. Kateřiny byl dán základ samostatnému ústavu pro duševně choré. V roce 1844 byl ústav rozšířen o tzv. Nový dům. Stavba byla vrcholem soudobé technické a organizační úrovně, svým účelným zařízením a vybavením patřila k nejlepším v Evropě. Nemocní byli tříděni podle potřeby a náročnosti péče. Tehdejší ředitel dr. J.G. Riedel rozčlenil ústav na dvě části. Do staré budovy byli posíláni nevyléčitelně nemocní, které bylo třeba jen ošetřovat, a do nové budovy byli umísťováni pacienti, u kterých byla naděje na vyléčení (David, 2010).

V té době bylo nejdůležitějším terapeutickým prostředkem zaměstnávání nemocných prací nebo zábavou. Byla preferována práce venku a především práce odpovídající odborné kvalifikaci nemocného, jeho řemeslu nebo zálibám. K dispozici byly i tkalcovské a knihařské dílny, knihovna pro vzdělané pacienty. Důraz byl kladen i na obveselení pacientů (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 29). Pravidelně se konaly taneční zábavy některé podporované sponzory. Důležitý byl i tělocvik, vodoléčba a zdravotní procházky. Podle míry a způsobu užívání omezovacích prostředků byla posuzována pokrokovost ústavů. Ještě po roce 1930 se ovšem i v pražském ústavu užívaly poměrně drastické léčebné metody, z nichž k těm mírnějším patřilo například polévání ledovou vodou (David, 2010).

V období první republiky byla nejčastější formou sociální služby ústavní péče a to nejen pro osoby s duševním onemocněním. Přestože zde převažovaly represivní tendence, znamenaly pro potřebné veškerou péči, kterou nebyli schopni sami zvládnout. Ovšem vznikaly i různé dobrovolné spolky, které se zabývaly péčí o potřebné a rozvíjela se i poradenská činnost, například poradny pro duševní zdraví. Po druhé světové válce, především pak po roce 1948 nastala naprostá změna v koncepci sociální politiky a ve způsobu poskytování sociální péče. Veškerá odpovědnost a iniciativa byla přenesena do rukou státu. Nebyly dány podmínky pro rozvoj sociálních služeb. Důraz byl kladen na ústavní péči, případně pečovatelskou službu a poradenství (Matoušek, 2007, s. 24-36).

Pro osoby s duševním onemocněním byl jedinou následnou službou po případném propuštění z psychiatrického léčení ústav sociální péče. V případě, že neměly rodinu, která by jim poskytla pomoc a podporu, zůstávaly v léčebnách dlouhodobě a to i desítky let, přestože to nebylo kvůli jejich zdravotnímu stavu nezbytně nutné. Lidé po tak dlouhé hospitalizaci v léčebně již často nebyli schopni fungovat v běžném životě a automaticky přecházeli do některého z ústavů sociální péče, kde jim byla zajišťována komplexní, celodenní péče. Pokud se po propuštění z léčebny nestali klienty ústavu, ve velké většině případů se opět vra-

celi do léčebny, protože rodina, nejbližší okolí ani společnost nebyla připravena je přijmout, nebyla instruována, jak s takovými lidmi zacházet, jak s nimi žít (Matoušek, 1995, s. 67).

Velkou změnu v systému poskytování péče přinesl až rok 1989, kdy byl umožněn vstup soukromého sektoru i do oblasti sociální péče. Ovšem systém sociálních služeb upřednostňoval i po roce 1989 ústavní péči před jinými druhy pomoci a to hlavně v důsledku dlouhodobě neřešené legislativní úpravy. Ta přišla až v roce 2007, kdy vstoupil v platnost Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

### **3.2 Sociální služby pro osoby s duševním onemocněním**

Sociální služby pro osoby s duševním onemocněním, které nemohou žít zcela samostatně v přirozeném sociálním prostředí a potřebují více či méně častou odbornou podporu, by měly nahrazovat či navazovat na zdravotnickou lůžkovou péči, jako jsou psychiatrická oddělení nemocnic, psychiatrické kliniky fakultních nemocnic, psychiatrické léčebny, gerontopsychiatrická oddělení nemocnic a oddělení poruch paměti, oddělení pro poruchy paměti a lázeňská psychiatrická oddělení (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 41). Nebo by měly sociální služby spolupůsobit současně s některým typem ambulantní psychiatrické péče. Podle výkazů o síti a lůžkovém fondu psychiatrických zařízení, výkazech o ambulantní péči v psychiatrickém oboru a údajů z Národního registru hospitalizovaných (ÚZIS, 2011) bylo v roce 2010 v České republice registrováno celkem 820 ambulantních oddělení a pracovišť psychiatrie. Srovnáme-li počty ošetřených pacientů v těchto ambulancích s rokem 2000, zjistíme, že jejich počet vzrostl o téměř 43%. V lůžkových zařízeních bylo zaznamenáno celkem 59 169 hospitalizací na 31 psychiatrických odděleních, v 17 psychiatrických léčebnách pro dospělé a ve 3 léčebnách pro děti. Jak dále uvádí statistické údaje, u většiny pacientů byla po propuštění z léčebného lůžkového zařízení nutná následná ambulantní péče a to trvalá nebo dočasná a to zároveň s podporou některého typu sociální služby. Pouze necelých 6% z hospitalizovaných nepotřebovalo žádnou další péči.

Když ale opustíme zdravotnický sektor a obrátíme svou pozornost na sociální služby, zjistíme, že pro osoby s duševním onemocněním mohou být dle zákona č. 108/2006 Sb. zřizovány nejrůznější typy služeb. Takto zřizované sociální služby mohou být poskytovány jako pobytové, dále jako ambulantní a konečně jako terénní. Zákon také docela konkrétně definuje, jaké činnosti má služba povinnost poskytovat a pro komplexnější představu o tom, co

je dle nového zákona podstatou sociálních služeb je určitě dobré si ty nejdůležitější z nich připomenout. Ale předtím, než se k nim dostaneme, chci zmínit základní zásady, které do sociálních služeb vnáší zákon 108/2006 Sb. Tyto zásady jsou zcela klíčové. Zakotvují, že sociální služby už nejsou konečnou stanicí, ale že jejich účelem je co nejvíce zkvalitnit život každého uživatele, přizpůsobovat službu osobnosti uživatele a hlavně v maximální možné míře využívat zdroje, které jsou běžně dostupné veřejnosti a motivovat člověka k činnostem, které podporují jeho samostatnost a aktivitu. Zákon říká: *„Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“* (zákon č. 108/2006 Sb. § 2, odst. 2)

Když se vrátíme k základním činnostem při poskytování sociálních služeb tak, jak je uvádí § 35 zákona 108/2006 Sb., je vidět z dále uvedeného výčtu, že rozvádí základní zásady. Na prvním místě je pomoc při zvládnání běžných úkonů o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, nebo pomoc při jeho zajištění. Důležité pro lidi s duševním onemocněním jsou i aktivizační činnosti, sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování zájmů a podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností. Výčet není úplný, sloužil spíše k vytvoření určitého obrazu o tom, co je kladeno na sociální služby za úkol. Krom těchto základních činností má potom každá služba formou prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. zcela konkrétně vyjmenovány veškeré činnosti, které je během poskytování sociální služby povinna vykonávat. Jaké typy sociálních služeb tedy mohou využívat lidé s duševním onemocněním? Zákon č. 108/2006 Sb. jmenuje celkem 33 sociálních služeb, které mohou být zaregistrovány a které mohou nabízet své služby některé cílové skupině. Cílovou skupinou rozumíme *„takovou skupinu osob v nepříznivé sociální situaci, jež nastala z důvodu věku, nemoci, zdravotního postižení, životních návyků, nepříznivého prostředí, z důvodu ohrožení ze strany jiných osob“* (Matoušek, 2003, s. 39). Při pohledu do registru poskytovatelů sociálních služeb, ve kterém jsou obsaženy všechny sociální služby v České republice, je možné zjistit, že z těchto 33 typů služeb má

ve své cílové skupině osoby s chronickým duševním onemocněním celkem 24 služeb, což je téměř 73% všech typů služeb. Samozřejmě jsou mezi nimi služby, kterých je na celém území České republiky pouze několik, jako například terénní programy, které dle údajů obsažených v registru poskytovatelů sociálních služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním k březnu 2012 poskytují dva poskytovatelé. Na druhou stranu jsou potom služby, které jsou mnohem rozšířenější, jako např. pečovatelská služba (71 poskytovatelů), chráněné bydlení (33 poskytovatelů), sociálně terapeutické dílny (47 poskytovatelů), až po pravděpodobně nejznámější sociální službu, jejímiž uživateli jsou lidé s duševním onemocněním a to domov se zvláštním režimem (156 zařízení tohoto typu).

### **3.2.1 Pobytové sociální služby – domov se zvláštním režimem**

Novou kategorizaci pobytových zařízení sociální péče přinesla legislativa zákonem č. 108/2006 Sb., O sociálních službách. Dřívější ústavy sociální péče, v pojmosloví současné legislativy Domovy, se rozdělily podle cílové skupiny, které je služba poskytována. Domov se zvláštním režimem dle tohoto zákona poskytuje pobytové služby lidem se sníženou schopností zajistit si své potřeby v důsledku chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, lidem s různými typy demencí, kteří potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Dále je zde uvedeno, ovšem bez bližší specifikace, že režim zařízení je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Již nový název „Domov“ vypovídá o tom, jakým způsobem by měla být služba v těchto zařízeních poskytována. Zatímco dřívější ústavy sociální péče zajišťovaly všestrannou, komplexní, trvalou a nediferenciovanou celodenní péči, domovy by měly, jak stanovuje zákon, přizpůsobit svoji pomoc individuálním potřebám jednotlivých osob s důrazem na vytváření prostředí, které by se mělo co nejvíce podobat prostředí skutečného domova, neboť pro mnoho lidí se zařízení a lidé v něm žijící, stává opravdu jediným zázemím a jistotou při zdolávání jejich nepříznivé životní situace a nahrazuje jim po určitou dobu domov. Jak uvádí Matoušek (1995, s. 20), ústav, tedy v pojmosloví současné legislativy pobytová sociální služba, je pouze pokusem o vytvoření umělého domova, asylu. Pro uživatele by měl však představovat sféru jistoty a relativního bezpečí. Přestože vstup do domova se zvláštním režimem by měl být projevem svobodné vůle člověka, znamená obvykle málo vítanou volbu, často je do tohoto rozhodnutí tlačěn rodinou či jiným sociálním okolím, velmi často je to volba menšího zla nebo jediné východisko z těžké životní situace, kterou onemocnění duševní poruchou přináší.

Pokud přihlédneme k okolnostem, které člověka s duševní poruchou přivádí do domova se zvláštním režimem či jiného pobytového zařízení, domnívám se, na základě osobních zkušeností a rozhovorů s těmito lidmi, že nejčastěji jsou to okolnosti dvojího druhu. Za prvé vnější, tedy neschopnost okolí přijmout takového člověka, respektovat jeho deviaci a poskytnout mu adekvátní pomoc a individuální podporu. Za druhé okolnosti vnitřní, tedy strach z nepřijetí a odmítnutí, obava z nesplnění požadavků, které na ně okolí klade a nedostatek motivace k zvládnání problémů spojených s nemocí vlastními silami či jen za podpory specialistů z ambulantních či terénních sociálních služeb.

Podle § 50 zákona 108/2006 Sb. domov se zvláštním režimem musí poskytovat určité základní činnosti jako je ubytování, stravování, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnání péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí. Tyto základní činnosti jsou pak specifičtěji vydefinovány v prováděcí vyhlášce 505/2006 Sb. Další či konkrétní činnosti by pak měly být upraveny smluvně mezi uživatelem služby a zařízením a to na základě individuálních potřeb uživatele a praktických možností konkrétního zařízení. Ovšem i zde je nutno poznamenat, že smlouvy o poskytování sociální služby v mnohých zařízeních mívají dosti formální podobu, nesplňují požadavek individuálního nastavení. Často samotný podpis smlouvy je formální záležitostí, pro uživatele bývá text smlouvy nesrozumitelný, dlouhý a nenabízí příliš prostoru k individuálním požadavkům. Pro smlouvu platí základní zásada a to je rovnoprávnost v postavení obou smluvních stran, tedy poskytovatele a uživatele, což se o dřívějším modelu veřejnoprávního rozhodování říct nedalo. To ovšem také přináší pro mnohé uživatele podstatné zvýšení zodpovědnosti za vlastní rozhodování a volby. Obecně žádoucí prvek svobodné volby může být pro velké množství lidí s duševním onemocněním velmi stresující povinností spojenou s vyjednáváním, zejména pokud k takovéto možnosti volby nebyli vedeni a naučeni přijímat pocit zodpovědnosti (Michalík, 2007, s. 7).

Při poskytování služby musí být dodržována všechna lidská práva a služba musí být poskytována v náležité kvalitě, což by měla zajišťovat zákonná povinnost dodržovat standardy kvality sociálních služeb (SQSS), které jsou přílohou č. 2 zmíněné vyhlášky 505/2006 Sb. Tyto standardy představují soubor kritérií definujících úroveň poskytování kvality sociálních služeb a to v oblasti personálního a provozního zabezpečení a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a uživatelem (Janoušková, 2007, s. 35). S rozvojem kvality souvisí forma-

lizace, nikoli ve smyslu administrativním, ale transparentním, tedy jasné vymezení pravidel, podle kterých bude služba poskytována a bude možné kvalitu takové služby posuzovat (MPSV, 2008). Standardy kvality a jejich naplňování ovšem nejsou tak zcela zárukou, že uživatel, tedy člověk s duševním onemocněním, zde povede spokojený, kvalitní a plnohodnotný život. Pokud člověk odejde ze svého přirozeného sociálního prostředí a některé jeho každodenní povinnosti převezme formální organizace, ztrácí tak nejen možnost vykonávat určité společenské role, ale ztrácí tím i své přirozené kompetence a možnost rozhodovat a nést odpovědnost za chod vlastního života (Vávrová, 2009, s. 14). S tím také souvisí minimalizace prostoru pro vlastní volbu ve věcech běžného života.

Již samotný nástup do zařízení je provázen řadou traumatizujících skutečností, mezi které patří zcela nové prostředí, noví lidé, nové autority v podobě zaměstnanců, s kterými neví, jak bude vycházet, nová pravidla, s kterými se musí seznámit a respektovat je, spoustu nových nařízení a zákazů. Je pravděpodobné, že se ocitá i ve zcela neznámém širším sociálním prostředí, v jiné komunitě, jsou zpřetrhány nebo značně omezeny dosavadní rodinné i osobní vazby. A to vše je nutné nahlížet v kontextu duševního onemocnění, které jej do zařízení přivedlo. Musí se podřídit nastaveným pravidlům v režimu dne, v domácím řádu. Za marginální nemůžeme považovat ani rozpor v očekávání a postojích uživatelů a personálu. Zatímco personál přistupuje k uživatelům jako k objektům své práce, ti naopak chtějí být individuálními subjekty (Matoušek, 1995, s. 17).

Malíková (2011, s. 79) uvádí tři hlavní okolnosti, které ovlivňují průběh poskytované služby v zařízení. Jsou to individuální požadavky uživatele, harmonogramy práce pracovníků a domácí řád. Snaha všech zainteresovaných by měla směřovat ke sladění všech těchto oblastí, protože pro mnohé uživatele se zařízení stává trvalým, pro menší počet potom dočasným domovem. Například dle evidenční knihy obyvatel v domově se zvláštním režimem, kde pracuji, tvoří počet uživatelů, kteří odešli do domácí péče od roku 2007, 26 % z celkového počtu ukončených pobytů. Ostatní tvoří lidé, kteří v zařízení zemřeli nebo odešli do jiného zařízení.

Přestože v oblasti kvality rezidenčních služeb, mezi které se počítá i domov se zvláštním režimem, byl učiněn značný pozitivní posun, nelze ve vývoji ustrnout. Současným trendem je proces transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb. Pod pojmem transformace rozumíme souhrn procesů zahrnujících změny v řízení, financování, vzdělávání, změny v místě i formě poskytovaných služeb, ve směru poskytování péče



v přirozeném sociálním prostředí s běžnými životními podmínkami (MPSV ČR 2009, s. 5). Definicí transformace upřesňuje Národní centrum podpory transformace sociálních služeb: „*Transformace je změna velkokapacitní ústavní služby pro lidi s postižením na bydlení a podporu v běžném prostředí. Lidé s postižením díky transformaci přecházejí z velkých ústavů do bytů či rodinných domů v běžné zástavbě a žijí způsobem života, který je obvyklý pro jejich vrstevníky*“. Deinstitutionalizace pobytových sociálních služeb by pak měla přinést proměnu instituce v oblasti formalizované struktury pravidel, řádu, filozofie i sídla služby. Cílem je humanizace těchto služeb s primárním zaměřením na potřeby uživatele a potlačení potřeb formalizované organizace-instituce. To přináší také migraci sociálních služeb k uživateli do jeho přirozeného sociálního prostředí. Výsledkem by tedy mělo být převažující poskytování péče nikoli v instituci, ale v přirozené komunitě při zachování běžného způsobu života, což by také mělo minimalizovat nebezpečí sociálního vyloučení (Vávrová, 2009, s. 12).

### **3.2.1.1 Domov se zvláštním režimem jako totální instituce**

Pokud se ale vrátím k současnému stavu pobytových sociálních služeb, tedy k domovům se zvláštním režimem, přes veškeré snahy o humanizaci, aplikaci standardů kvality sociálních služeb i maximální snahu o dodržování lidských práv, musíme dojít k závěru, že i přesto má domov se zvláštním režimem značné množství znaků charakteristických pro totální instituci.

Dříve než se budeme zabývat znaky totální instituce, je třeba vymezit rozdíl mezi institucí a organizací. Za instituci můžeme považovat ustavené způsoby řešení problémů přežití nebo obecně praktikovaný způsob jednání, který slouží k naplnění určité potřeby. Organizace je pak sociální útvar s určitým typem vztahů, které se mezi lidmi ustanovují v průběhu řešení problémů. Zjednodušeně řečeno instituce je způsob, jak se co dělá a organizace je tvořena lidmi, kteří něco určitým způsobem dělají (Keller, 2006, s. 66, s. 82). Domov se zvláštním režimem pak můžeme charakterizovat jako organizaci s institucionalizovaným vnitřním systémem a hierarchickým uspořádáním moci.

Gofman (In Keller, 1996, s. 129) rozčleňuje totální instituce vyskytující se v naší společnosti do pěti skupin, z toho domova se zvláštním režimem se týkají první dvě skupiny. První jsou instituce zřizované za účelem péče o osoby, které nejsou schopny se o sebe postarat a druhá skupina jsou instituce pečující o osoby, které se o sebe nedokážou postarat a

zároveň mohou být z různých důvodů nebezpečné pro společnost. Hlavní společné rysy, které především charakterizují totální instituci Goffman (1961) shrnul do několika aspektů. Totální instituce je především místo života určité skupiny lidí (v našem případě jsou to osoby s duševním onemocněním), kde probíhají všechny aspekty každodenního života pod jedinou střechou. To znamená bydlení, práce a volný čas, na rozdíl od života vně instituce, probíhá na jednom místě. Často jsou v zařízení poskytovány veškeré služby, aniž by uživatel musel být na jediný den v roce instituci opustit. To znamená, že zde spí, stravuje se, provozuje volný čas, dochází sem lékař, kadeřnice, pedikérka, probíhá zde rehabilitace, relaxace, zábava, veškerý kulturní život. Všechny společenské kontakty probíhají jen v rámci uměle vytvořené komunity podobně situovaných jedinců, kteří zde vedou navenek uzavřený, formálně spravovaný život. Dalším znakem podle Goffmana je to, že každá fáze denních činností se provádí v bezprostřední společnosti ostatních, kdy všichni ve stejnou dobu dělají stejnou věc. Absence soukromí je velkým problémem všech rezidenčních zařízení. Jedinec je zde vystaven neustálé přítomnosti ostatních a to i v místech privátně určených k jeho užívání. Není zde žádný prostor, kam by se mohl uchýlit pouze sám se sebou. Kromě pokoje, kde spí a měl by být jeho soukromým prostorem, jsou všechny další prostory společné a i pokoje jsou většinou dvou a někde i vícelůžkové. Nehledě na to, že spolubydlíci jsou si většinou přiděleni a musí se naučit spolu nejen vycházet, ale i „sdílet“ své soukromí. Třetím charakteristickým znakem, kterého si Goffman všímá, je pak organizovanost všech činností s přesným časovým harmonogramem, jež jsou dány formálním rozhodnutím bez demokratické volby, bez možnosti zasahovat do tohoto plánu a měnit ho. Všechny činnosti jsou pak deklarovány jako aktivity vedoucí ke splnění oficiálních cílů instituce.

Keller (1996, s. 130) si také všímá vzájemného postavení a vztahů mezi zaměstnanci a „chovanci,“ mezi nimiž je velká sociální distance. Ta pramení nejen z rozdílných rolí a postavení v organizaci, ale také jak uvádí Vávrová (2009, s. 19) pouhý fakt, že zaměstnanci zde tráví pouze určitou část dne a po skončení pracovní doby odchází žít svůj běžný společenský a rodinný život, na rozdíl od uživatelů, může být příčinou rozdílných životních způsobů a zkušeností. Tedy i různé projevy v chování obou skupin mohou mít za důsledek vzájemné nepochopení.

Keller (1996, s. 132) považuje také za velmi podstatný znak totální instituce používání sankcí vůči obyvatelům a to za velmi široké spektrum projevů, které mohou být hodnoceny

jako nežádoucí a to např. i za stravovací způsoby či hygienické návyky. Snahou totální instituce je pomocí sankcí potlačovat i marginální projevy autonomního chování, které by narušovalo její chod.

### 3.2.1.2 *Determinanty negativního hodnocení uživatelů sociální služby*

Jak jsem již uvedla v dřívějších kapitolách, existují ve společnosti předsudky a mýty vůči osobám s duševním onemocněním, které působí a podílí se zejména na negativním vnímání těchto osob širokou veřejností. A není výjimkou, že negativní postoj zaujímají i lidé, mám na mysli odborný zdravotnický personál i pracovníky pomáhajících profesí, kteří by měli těmto lidem pomáhat, podporovat a podílet se na iniciování změn ve společnosti ve smyslu zlepšení společenského povědomí o této skupině obyvatel a navození pozitivnějšího vnímání lidí s duševním onemocněním.

Pokud se vrátíme k sociálním službám, které jsou určeny lidem s duševním onemocněním, i na ně se přenáší toto negativní vnímání a často i na zaměstnance, kteří v těchto službách pracují. Z dob minulých přetrvává převážně negativní hodnocení pobytových sociálních služeb i lidí, kteří je využívají. Právě proto je i v kritériu d) prvního standardu v SQSS požadavek aby „*poskytovatel sociální služby vytvářel a uplatňoval vnitřní pravidla, která by chránila osoby před negativním hodnocením a předsudky, k nimž by mohlo docházet v důsledku poskytování sociální služby*“. Kromě mýtů, které zařízení provází o způsobu fungování, o represích vůči obyvatelům, o obyvatelích samotných, je pak negativní hodnocení uživatelů veřejností výsledkem kumulací vícero faktorů.

Jak jsem již uvedla, je to jednak negativní vnímání pobytové služby z dob „ústavů“, kdy tato zařízení byla více či méně vůči vnějšímu světu uzavřená, vstup do nich byl kontrolovaný, existovalo jen malé povědomí o tom, co se za zdmi ústavu děje (Matoušek, 1995, s. 21-22). A nutno říct, že většinu široké veřejnosti ani nezajímalo, jak lidé v ústavu žijí. Samotné ústavy i obyvatelé v nich žijící byli součástí vtipů nebo strašidelných historek o nelidských podmínkách v těchto zařízeních panujících. Jak uvádí Michalík (2011, s. 46), v některých zařízeních opravdu docházelo k šokujícím událostem, jak to znázorňuje např. film *Requiem pro panenku*. Negativní vnímání pobytových zařízení přetrvává i do dnešní doby a tak, jak se velice těžko bojí mýty o lidech s duševním onemocněním, stejně těžce se bojuje s mýty spojenými s pobytovými sociálními službami obecně.

Dalším faktorem, který působí na negativní vnímání uživatelů pobytové sociální služby, je právě jejich onemocnění, to, jaké mají projevy, jež se liší od normy ve společnosti tolerované. Mnohdy se jich lidé bojí nebo v nich vzbuzují odpor, rozpaky, lítost, neví, jak s nimi komunikovat, jak se k nim chovat a proto jsou raději, když se s nimi nemusí setkávat a je pro ně přijatelnější jejich izolace v zařízení. To, že se stali uživateli pobytové služby, často hodnotí jako jejich naprosté selhání, neschopnost se o sebe postarat a fungovat v normálních podmínkách. Chápu rezidenční zařízení jako „poslední instanci“, kam se dostanou jen ti opravdu „nejhorší“.

Důležitým prvkem ve vnímání uživatelů širokou veřejností je to, jak jsou vnímáni samotnými zaměstnanci služby a z toho vyplývající chování zaměstnanců k těmto uživatelům na veřejnosti. Personál se často ve svém smýšlení o uživatelích dopouští dvou základních chyb, na jejichž základě si vytváří chybné přesvědčení a tomu odpovídá i následné chybné chování k uživatelům. První chybou je efekt pořadí, kdy na základě prvního dojmu získaného například z dokumentace či z informací z bývalého bydliště nově příchozího uživatele, si vytvoří určitou představu, jaký uživatel je a toto schéma již pak nedokáže změnit. Další chybou je tzv. základní atribuční chyba, kdy personál podceňuje situační příčiny chování uživatele a připisuje je jeho osobnosti. Pokud se například uživatel chová agresivně, pracovník nebere v úvahu okolnosti tohoto chování, ale předpokládá, že jedinec je prostě agresivní a podle toho se k němu bude i chovat (Jůn, 2010, s. 71-79). Velkým problémem je také riziko vyhoření zaměstnanců především v přímé péči, kteří jsou každodenní náročnou prací vystaveni velkému tlaku a mnohdy se stresem a únavou neumí bojovat. To se může negativně projevovat ve způsobu, jakým se vyjadřují o své práci a o uživatelích na veřejnosti, v rodině, před známými, kdy o nich mluví např. s despektem, s opovržením.

Jistě ne posledním, ale důležitým faktorem je ekonomický faktor. Musím naprosto souhlasit s tvrzením Vávrové (2009, s. 20), že lidé v současném světě neopodstatněně stupňují své materiální požadavky. Vzorem dnešní nastupující generace je mládí, krása, bohatství, úspěch. Naproti tomu marginálním skupinám, které tomuto vzoru neodpovídají a potřebují podporu společnosti při kompenzaci svých handicapů, se této pomoci nedostává. U majoritní společnosti, která má dostatek prostředků, aby pomoc zajistila, se vytrácí přirozená solidarita a zodpovědnost za životy bližních. Michalík (2011, s. 56) je přesvědčen, že se ještě stále poměrně často objevuje názor, že zdravotní postižení je sice nepříjemná událost, ale přináší značné ekonomické výhody ve formě sociálních dávek, zbavení povinnosti platit

daně a sociální a zdravotní pojištění a i finančně výhodné ubytování a služby v pobytových zařízeních.

Jistě by se dala najít řada dalších dílčích faktorů, které se podílí na negativním vnímání uživatelů pobytové sociální služby. Zda toto vnímání je opravdu negativní konkrétně u lidí v nejbližším sociálním okolí jsem zjišťovala ve svém výzkumu, kterým se zabývám v praktické části práce.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části práce jsem zjišťovala, jak jsou uživatelé domova se zvláštním režimem vnímáni společnostmi, respektive samotnými zaměstnanci zařízení a nejbližším sociálním okolím. Za nejbližší sociální okolí považuji lidi, kteří žijí a pracují přibližně v okolí 0,5 km od zařízení.

Domnívám se, že je velmi silně zakořeněný negativní pohled na uživatele sociální služby tohoto typu. Skutečnost, že uživateli jsou lidé s duševním onemocněním, je samo o sobě provázeno velmi často negativními nebo rozpačitými reakcemi v okolí. Toto negativní vnímání nebo hodnocení člověka s duševním onemocněním je o to víc prohloubeno právě v situaci, kdy se stane uživatelem sociální služby. Povinností zařízení je, aby v průběhu poskytování služby chránilo osoby, kterým poskytuje službu, před předsudky a negativním hodnocením. Aby tato povinnost mohla být splněna, je třeba znát, jak jsou uživatelé vnímáni samotnými zaměstnanci a lidmi ze sociální komunity a na základě toho vytyčit kroky a postupy, jak případné negativní vnímání změnit nebo se pokusit pomoci uživatelům, aby se sami zapojili do ovlivňování sociálního okolí o sobě samých.

### 4.1 Výzkumný problém

Základním výzkumným problémem pro mě je, jak jsou vnímáni uživatelé domova se zvláštním režimem, tedy lidé trpící různými formami demencí, lidé s psychickým onemocněním, s psychiatrickými diagnózami, svým sociálním okolím, tedy samotnými zaměstnanci a lidmi, kteří žijí nebo pracují v bezprostřední blízkosti zařízení, tedy přibližně v okruhu 0,5 km od zařízení. Je pro ně to, že se stali uživateli domova se zvláštním režimem nepřekonatelným stigmatem, které je provází po celou dobu pobytu v zařízení? To, jak jsou vnímáni svým okolím, jednoznačně ovlivňuje postoje a chování tohoto okolí k uživatelům. Ovlivňuje to jejich soužití s okolními lidmi i možnosti začleňování do sociálního dění mimo zařízení. Důležité je rovněž vnímání uživatelů služby samotnými zaměstnanci, kteří tuto službu poskytují. Jak jsou vnímáni pracovníky, kteří jsou s nimi v každodenním kontaktu, kteří je znají, a předpokládá se u nich profesionální přístup? Na tyto otázky bych ráda našla odpověď ve svém výzkumu, neboť se domnívám, že to, jak vnímají uživatele této služby samotní zaměstnanci organizace, ve velké míře ovlivňuje vnímání sama sebe uživatelů i to, jak jsou vnímáni veřejností.

Jak uvádí Gavora (2000, s. 26) existují tři typy výzkumných problémů, a to deskriptivní neboli popisný, relační a kauzální. „*Deskriptivní (popisné) problémy obyčejně hledají odpověď na otázku jaké to je? Deskriptivní výzkumný problém zjišťuje a popisuje situaci, stav nebo výskyt určitého jevu*“. Vzhledem k tomu, že v tomto výzkumu se jedná o problém popisný, budu zjišťovat a popisovat, jaký je stav vnímání sociálního okolí uživatelů domova se zvláštním režimem, tudíž nebudu vytvářet hypotézy.

Výzkum je případovou studií jednoho konkrétního zařízení s využitím kvantitativních výzkumných metod. Výsledky výzkumu mají však spíše hodnotu kvalitativní, neboť zkoumají vnímání sociálního okolí uživatelů zařízení Domov na Jarošce (dále jen Domov), všechny závěry z tohoto výzkumu se vztahují pouze na toto zařízení a nelze je zobecnit na žádné jiné zařízení ani tyto výsledky nelze generalizovat.

## 4.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zjistit, jak jsou vnímání uživatelé služby domov se zvláštním režimem zaměstnanci konkrétního zařízení a lidmi žijícími nebo pracujícími v blízkosti zařízení. Na základě zjištěných skutečností pak sestavit doporučení pro management zařízení. To znamená vyhodnotit obecně, jak vnímají zaměstnanci a lidé z nejbližšího sociálního okolí uživatele domova se zvláštním režimem a navrhnout kroky či strategii vedoucí ke zvýšení kvality poskytované služby a dále způsoby poskytování této služby přispívající k dobrému soužití a úspěšnému začleňování uživatelů do běžné společnosti.

Hlavní výzkumnou otázkou je: Jak vnímá uživatele sociální služby domova se zvláštním režimem jejich sociální okolí?

Zaměřím se na to, zda existují výrazné rozdíly ve vnímání zaměstnanců a lidí zvenku.

Dílní výzkumné otázky zaměřené na zaměstnance zařízení jsou:

- 1: Jaký zaujímají postoj zaměstnanci k uživatelům Domova?
- 2: Jaký názor mají zaměstnanci na začleňování uživatelů do běžného společenského prostředí?
- 3: Mají zaměstnanci představu o tom, jak je možné chránit uživatele před předsudky a negativním hodnocením sociálního okolí?



Díličí výzkumné otázky zaměřené na venkovní sociální komunitu jsou:

- 1: Jaký postoj zaujímají lidé žijící/pracující v okolí domova se zvláštním režimem k uživatelům sociální služby?
- 2: Má sociální okolí dostatek informací o uživatelích Domova?
- 3: Co ovlivňuje sociální okolí při vnímání uživatelů Domova?

### 4.3 Výzkumná strategie

Pro tento výzkum jsem zvolila kvantitativní výzkumnou strategii a to z důvodu, že budu zkoumat větší množství respondentů, tedy všech zaměstnanců konkrétního zařízení domova se zvláštním režimem a lidí, kteří žijí nebo pracují v nejbližším okolí, tedy přibližně v okruhu 0,5 km. Jak uvádí Gavora (2000, s. 31) kvantitativní výzkum pracuje s číselnými údaji. „Zjišťuje množství, rozsah nebo frekvenci výskytu jevů, resp. jejich míru (stupeň). Číselné údaje se dají matematicky zpracovat...“ Tento přístup jsem zvolila především vzhledem k cíli výzkumu. Největšími přednostmi pro mě je to, že umožňuje relativně rychlý a přímočarý sběr dat, poskytuje možnost rychlého vyhodnocení dat a je dobře aplikovatelný při zkoumání velkých skupin (Hendl, 2005, s. 49). Hendl dále uvádí, že výsledky kvantitativního výzkumu lze zobecnit na populaci a stejně tak Gavora (2000, s. 32) říká, že „přesné údaje umožňují zevšeobecňování a vyslovování předpovědi o jevech.“

Výsledky tohoto výzkumu však nelze zobecnit na každé sociální okolí všech domovů se zvláštním režimem, neboť se týkají občanů v blízkosti jednoho konkrétního zařízení, které je jedinečné samo o sobě, ale i jedinečností a individualitou jednotlivých uživatelů. Domnívám se ovšem, že by mohly vypovídat o všeobecném a celospolečenském postoji k uživatelům domova se zvláštním režimem, tedy k velmi specifické a svým způsobem i problémové skupině v sociálních vztazích, komunikaci a sociálních interakcích.

#### 4.3.1 Technika získávání dat

Jako nejvhodnější se mi jeví technika dotazníku, a to z několika důvodů. První důvod je ten, že budu zkoumat poměrně velké množství respondentů, aby se skutečně jednalo o vnímání sociálního okolí a ne pouze o vnímání konkrétních vybraných jednotek z dané lokality. Dalším důvodem je skutečnost, že respondenti by měli mít pocit bezpečí, tedy zaručení anonymity, aby odpovědi respondentů mohly být opravdu upřímné a výsledky nezkreslené a odpovídající reálnému stavu. Gavora (2000, s. 99) vymezuje dotazník jako

„způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí.“ Dotazník jsem sestavila na základě dílčích výzkumných otázek. To znamená, že základní otázku jsem rozdělila do několika okruhů a každý okruh jsem naplnila jednotlivými položkami, tedy otázkami (Gavora, 2000, s. 99). Protože jsem pracovala se dvěma skupinami respondentů, byly vytvořeny i dvě oblasti dílčích výzkumných otázek. Jedna oblast se týkala zaměstnanců a druhá oblast lidí z okolí. Konkretizace otázek do dotazníku pro zaměstnance vzešla ze společné diskuse formou brainstormingu s pěti kolegyněmi v zařízení, kde sama pracuji již šest let a kde probíhala první část výzkumu. Dotazník jsem tedy sestavila na základě svých zkušeností s lidmi s duševním onemocněním přímo v pobytovém zařízení, na základě nápadů a podnětů svých spolupracovnic a také na základě studia odborné literatury v oblasti duševních onemocnění (Vágnerová, 2004, Raboch, Zvolský et al., 2001), v oblasti stigmatizace (Goffman, 2003), pobytových sociálních služeb (Matoušek, 1995) a metodologie kvantitativního výzkumu (Chráska, 2007, Gavora, 2000).

Dotazníky mají určitou baterii otázek stejnou, na jejímž základě budu oba typy dotazníků komparovat a jsou doplněny otázkami, které jsou zaměřeny a cíleně individualizovány na dvě výše uvedené skupiny respondentů.

#### 4.3.2 Výzkumný soubor

Základním výzkumným souborem se pro mě stali všichni zaměstnanci domova se zvláštním režimem a lidé bydlící nebo pracující či dlouhodobě se zdržující v blízkosti tohoto zařízení.

V první části výzkumu jsem pracovala se všemi 55 zaměstnanci, tedy s celým základním souborem. Jednalo se o poměrně malý základní soubor, proto v tomto případě hovoříme o vyčerpávajícím (exhaustivním) výběru (Chráska, 2007, s. 20).

Jednalo se o tyto pracovní pozice:

- 1) úsek administrativy (5 respondentů) – ředitelka, hlavní účetní, mzdová účetní, vedoucí sociální pracovnice, vedoucí stravovacího úseku,
- 2) provozně technický úsek (20 respondentů) – údržbář, 4x vrátný-telefonista, 6x uklízečka, 3x dělnice prádelny, skladnice, 5x kuchařka,
- 3) úsek zdravotní (10 respondentů) - vrchní sestra, 8x všeobecná sestra, staniční sestra,

- 4) úsek přímé péče (20 respondentů) – 17x pracovníce v sociálních službách–přímá obslužná péče, 3x pracovníce v sociálních službách–výchovná nepedagogická činnost.

V druhé části výzkumu jsem zjišťovala početní údaje na evidenci obyvatel a na Českém statistickém úřadě. Podmínkou pro zařazení subjektů do výzkumu bylo bydliště nebo pracoviště na ulici Jarošova, kde se nachází zařízení a na ulici G. Praissové, která je nejbližší přilehlá ulice a nachází se na ní služby, jež jsou uživateli v hojné míře využívány. Další podmínkou byl věk, který jsem stanovila nad 18 let. Zjistila jsem, že přesné číslo, tedy přesný počet osob nad 18 let s trvalým bydlištěm v požadované lokalitě nezískám. Proto jsem provedla kvalifikovaný odhad. Ten vycházel z předpokladu, že v každém domě v dané lokalitě, tedy ve dvou ulicích, žijí přibližně dvě osoby splňující dané kritérium věku. To znamená, že jsem počet domů vynásobila dvěma. Tímto odhadem jsem získala číslo 104 jednotek. Obešla jsem všechny služby v blízkosti zařízení, které uživatelé nejčastěji využívají, a zjistila jsem, že je zde zaměstnáno 16 osob. Jednalo se o jeden obchod s potravinami, jedno restaurační zařízení, poštu a cukrárnu. Celkem tedy můj základní soubor sestává ze 120 subjektů. Protože toto číslo je příliš velké a je prakticky nemožné v podmínkách, které mám vytvořené pro svůj výzkum, pracovat s celým základním souborem, provedla jsem výběr subjektů ze základního souboru (Gavora, 2000, s. 60) a to na základě záměrného výběru anketním způsobem. Tato metoda spočívá v tom, že do mého výběrového souboru se dostali všichni, kteří se chtěli výzkumu zúčastnit. *„Záměrný výběr anketní – jedinci se dostávají do výběru sami na základě svého rozhodnutí.“* (Chráška, 2007, s. 22) a bydlí nebo pracují na ulici, kde se nachází zařízení a na nejbližší přilehlé ulici a jsou starší osmnácti let. Dismann (2007, s. 112) pro tento typ výběru používá název účelový výběr a dodává: *„Účelový výběr nám téměř nikdy neumožní nějakou opravdu širokou generalizaci našich závěrů, ale to neznamená, že tyto závěry nejsou užitečné. Jen nesmíme předstírat jiným, a především ne sobě, že tyto závěry platí pro každého jedince ve vesmíru.“*

### 4.3.3 Předvýzkum

Dismann (2007, s. 122) uvádí, že účelem předvýzkumu je odzkoušení nástrojů, které jsme pro výzkum použili a cílem by mělo být otestování srozumitelnosti a jednoznačnosti otázek. Znění otázek, které jsem sestavila v dotazníku, jsem přezkoušela se třemi pracovníci zařízení a třemi obyvateli z domů v ulici, kde se nachází zařízení. Tyto obyvatele se mi

podarilo zkontaktovat a zařadit je do předvýzkumu díky kontaktní osobě, kterou je zaměstnankyně zařízení, jejíž rodiče bydlí ve výzkumné lokalitě. Všechny otázky jsem s nimi prošla, vyslechla, jak je chápou, zda jim správně rozumí a také zda chápou pokyny k vyplňování dotazníku (Gavora, 2000, s. 69). Některé otázky bylo nutné opravit, neboť byly velmi rozličně chápány. U některých otázek jsem pozměnila možnosti výběru, dvě otázky jsem naprosto pozměnila, neboť ve všech odpovědích v předvýzkumu zněla odpověď „nevím“. Byla jsem nucena upravit i množství otázek, neboť v původním množství bylo vyplnění příliš zdlouhavé a pro respondenty náročné. Vzhledem k tomu, že jsem v druhé části výzkumu počítala s přímým oslovováním respondentů z důvodu maximální návratnosti, snažila jsem se dotazník konstruovat co nejjednodušším způsobem, aby jeho vysvětlení a vyplnění nezabralo příliš mnoho času.

#### 4.3.4 Realizace sběru dat

V první části výzkumu, který jsem prováděla mezi zaměstnanci zařízení, jsem osobně informovala o prováděném výzkumu a požádala o vyplnění dotazníku. Tyto dotazníky jsem administrovala v průběhu měsíce února 2012 a vyplněné jsem shromažďovala v průběhu měsíce března. Z celkového počtu 55 rozdaných dotazníků, což odpovídá počtu zaměstnanců, se mi jich vrátilo 49. Šest respondentů dotazník nevyplnilo, z toho byli čtyři zaměstnanci z provozně technického úseku a dvě zdravotní sestry.

Dotazníky k druhé části výzkumu jsem administrovala začátkem měsíce března. Měla jsem připravených 80 dotazníků, z nichž se mi podařilo s velkým úsilím celkem rozdat 58. V tomto bodě musím poznamenat, že reakce velké části oslovených respondentů byla odmítavá a to především ze strany pracovníků služeb, které uživatelé v blízkosti zařízení využívají. Obyvatelé v uvedené lokalitě byli vstřícnější, co se týče příslibení vyplnění dotazníku. Ovšem návratnost dotazníků byla poměrně malá. Vyplněných se mi jich vrátilo pouhých 42, což je 72% z celkového počtu rozdaných dotazníků.

#### 4.3.5 Místo realizace výzkumu

V první části výzkumu je místem realizace zařízení sociální služby domov se zvláštním režimem s názvem Domov na Jarošce. Historie zařízení spadá již do roku 1926, kdy byla dnešní budova na ulici Jarošova slavnostně otevřena s názvem „Masarykova kolonie sociální péče v Hodoníně“, jejíž součástí byl městský starobinec, dětský domov a později zde

měla sídlo i Liga proti tuberkulóze a to do roku 1958. V letech 1991 a 1992 byly všichni obyvatelé ústavu z důvodu celkové rekonstrukce přestěhováni do dvou jiných objektů v Hodoníně a do budovy na Jarošovu ulici se již nevrátili. Od ledna 1993, do opravené budovy s názvem zařízení Ústav sociální péče pro dospělé, jehož zřizovatelem byl Okresní úřad Hodonín, nastupují postupně noví klienti, především osoby s duševním onemocněním, lidé s chronickou závislostí na alkoholu a alkoholici s přidruženou duševní poruchou. Od roku 2003 se stává zřizovatelem organizace Jihomoravský kraj a od ledna 2007 nese název Domov na Jarošce, příspěvková organizace.

V současné době je služba poskytována cílové skupině, kterou tvoří osoby starší 27 let, pobírající invalidní důchod III. stupně nebo starobní důchod, a které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo duševního onemocnění v závislosti na návykových látkách a ostatní osoby s demencí, které vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

*„Posláním Domova na Jarošce, příspěvkové organizace je zmírnění negativních vlivů psychického a zdravotního stavu uživatele na jeho dosavadní způsob života, prostřednictvím poskytované sociální služby a jeho aktivní spoluúčasti na ní. Prioritou je předcházení sociální izolaci uživatelů služby a zachování popř. rozšíření sociálních kontaktů“ (Výroční zpráva 2011 Domova na Jarošce, p.o.).*

Základem poskytované služby vedoucí k naplňování poslání organizace jsou tyto zásady:

- respektování osobnosti a lidských práv - vytváření podmínek, v nichž mohou uživatelé uplatňovat svou osobnost a naplňovat svá práva,
- respektování potřeb a volby uživatelů – formou individuálního plánování zjišťovat potřeby a pomáhat je naplňovat, vytvářet podmínky pro rozhodnutí uživatele a porozumění důsledkům svého rozhodnutí,
- individualizace podpory – přizpůsobení služby uživateli jako jednotlivci,
- profesionalita, flexibilita – zaměstnávání odborně způsobilých pracovníků, jejich pravidelné vzdělávání a jejich přizpůsobení se potřebám uživatele,
- partnerství, komunikace – rovnoprávná spolupráce, vzájemná komunikace na všech úrovních organizace.

Celková kapacita zařízení je 79 uživatelů. Zařízení je koedukované, je zde rovnoměrné zastoupení mužů i žen. Průměrný věk uživatelů v roce 2011 byl 62,76 let. Věkové kategorie a jejich početní zastoupení je uvedeno v tabulce.

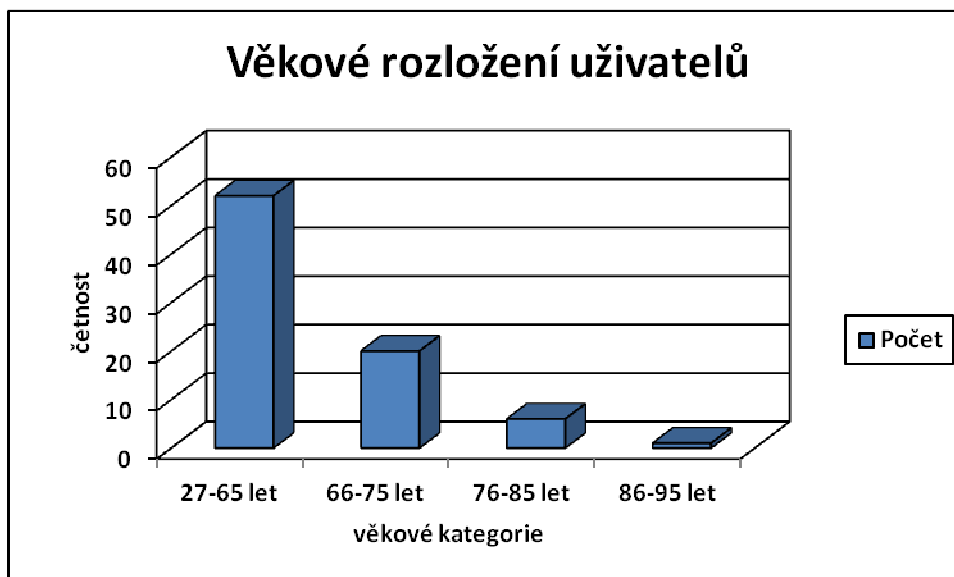
Tabulka 1: Průměrná věková skladba uživatelů v roce 2011

Věk	27-65 let	66-75 let	76-85 let	86-95 let	
Počet	52	20	6	1	<b>79</b>

zdroj: Výroční zpráva 2011 Domova na Jarošce, p. o.

Vizuální znázornění věkového rozložení uživatelů služby v roce 2011 je zachyceno v grafu.

Graf 1: Průměrná věková skladba uživatelů v roce 2011



zdroj: Výroční zpráva 2011 Domova na Jarošce, p. o.

Jako zajímavost a pro ujasnění představy o tom, jak velká je závislost uživatelů na pomoci jiné fyzické osoby, uvádím následující tabulku, která je opět doplněná grafickým znázorněním.

Tabulka 2: Rozdělení uživatelů podle stupně závislosti 2011

Závislost	bez stupně	I. stupeň	II. stupeň	III. stupeň	IV. stupeň	
Počet	3	12	32	21	11	<b>79</b>

zdroj: Výroční zpráva 2011 Domova na Jarošce, p. o.

Jak je patné z tabulky a lépe z grafu, nejpočetnější skupinu tvoří uživatelé s druhým stupněm závislosti.

Graf 2: Rozdělení uživatelů podle stupně závislosti 2011



zdroj: Výroční zpráva 2011 Domova na Jarošce, p. o.

Zařízení je umístěno ve velmi pěkném prostředí v blízkosti centra města v obydlené zástavbě s dostupností dopravního spojení MHD, vlakového i autobusového nádraží. V blízkosti se nachází poměrně velké množství služeb jako je menší nákupní středisko, pošta, restaurace, cukrárna. Téměř v sousedství je pěkný park s místy k odpočinku i procházkám. Součástí objektu zařízení je i zahrada s altánky, které mohou sloužit k pořádání různých kulturních i sportovních akcí, k relaxaci či realizaci různých venkovních terapeutických aktivit.

Samotná budova je zastaralá a neodpovídá požadavkům na kvalitně poskytovanou službu a to z několika základních hledisek. Prvním z nich je nedostatečné hygienické zázemí, společné toalety umístěné na chodbách, nedostatek koupelen a sprch. Dalším hlediskem je bariérovost budovy neumožňující volný pohyb osobám s kompenzačními pomůckami a imobilním osobám na invalidním vozíčku ani prostory nejsou k tomuto pohybu dostatečně přizpůsobeny. Dalším ze základních problémů je nedostatečné soukromí, neboť v zařízení jsou dosud tří, čtyř i pětilůžkové pokoje.

V druhé části výzkumu je místem lokalita do 0,5 km od zařízení. V této lokalitě se nachází především starší rodinné domky a jeden činžovní dům, jehož dvorek je v těsném sousedství zahrady zařízení se společným plotem.

## 5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Dotazníky od respondentů jsem rozdělila na dvě skupiny, od zaměstnanců a od respondentů z vnějšího sociálního okolí. V první skupině jsem zpracovávala 49 vyplněných dotazníků z 55 administrovaných. Šest zaměstnanců nebylo ochotno dotazník z nějakého důvodu vyplnit. V druhé skupině se z celkového počtu 58 administrovaných dotazníků vrátilo 42. Netroufám si tvrdit, že toto množství je natolik velké, aby se z něj daly udělat obecně platné závěry pro celé sociální okolí konkrétního zařízení, ale přesto i z těchto výsledků je možné získat zajímavé informace. Všechna data jsem nejprve vložila do tabulky v programu Excel, pomocí kterého jsem data sumarizovala a analyzovala. Na základě toho jsem vytvořila tabulky pro všechny položky v dotazníku a z těchto tabulek jsem vygenerovala grafy. Tabulky k jednotlivým grafům, které uvádí absolutní a relativní četnosti odpovědí, uvádím v příloze, pouze některé jsou součástí textu. Analyzovaná data předkládám společně se zajímavými zjištěními a souvislostmi, která jsou důležitá pro cíl práce.

### 5.1 Analýza dotazníků

V praktické části jsem zkoumala dvě skupiny respondentů, byly tedy vytvořeny dva dotazníky, první pro zaměstnance zařízení, druhý pro venkovní sociální okolí. Pro větší přehlednost předkládám nejprve analýzu otázek, které byly společné pro obě dvě skupiny. Ve druhé části pak analyzuji odpovědi na otázky určené pouze pro zaměstnance a ve třetí části odpovědi na otázky specificky zaměřené na venkovní sociální okolí.

#### 5.1.1 Analýza společných dotazníkových položek

Nejprve jsem vyhodnotila demografické údaje o respondentech. Přestože i zde jsou zajímavé výsledky, nepovažuji tyto údaje pro výzkum za podstatné.

Tabulka 3: Věkové rozložení zaměstnanců      Tabulka 4: Věkové rozložení sociálního okolí

věkové kohorty	absolutní četnost	relativní četnost (%)
18-26	0	0
27-40	13	27
41-50	26	53
více než 50	10	20
<b>celkem</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

zdroj: Vlastní výzkum 2012

věkové kohorty	absolutní četnost	relativní četnost (%)
18-26	2	5
27-45	14	33
46 - 60	16	38
více než 60	10	24
<b>celkem</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

zdroj: Vlastní výzkum 2012



Věkové rozložení zaměstnanců osciluje kolem 45 let, protože ve věku 41-50 let je 53% respondentů. Nad, i pod touto hranicí je rozloženo zbývajících 47% a to v poměru 20% nad 50 let a 27% pod 41 let. Zajímavé je, že mezi respondenty nebyl žádný ve věku do 26 let.

Věkové rozložení respondentů sociálního okolí je mnohem vyváženější, ve věkové kategorii 18-26 let se sice nachází jen 5% respondentů, ale zbývajících 95% je rozloženo relativně rovnoměrně a to následujícím způsobem: ve věku 27-45 let je 33% respondentů, ve věku 46-60 let dalších 38% respondentů a nad 60 let zbývajících 24% respondentů.

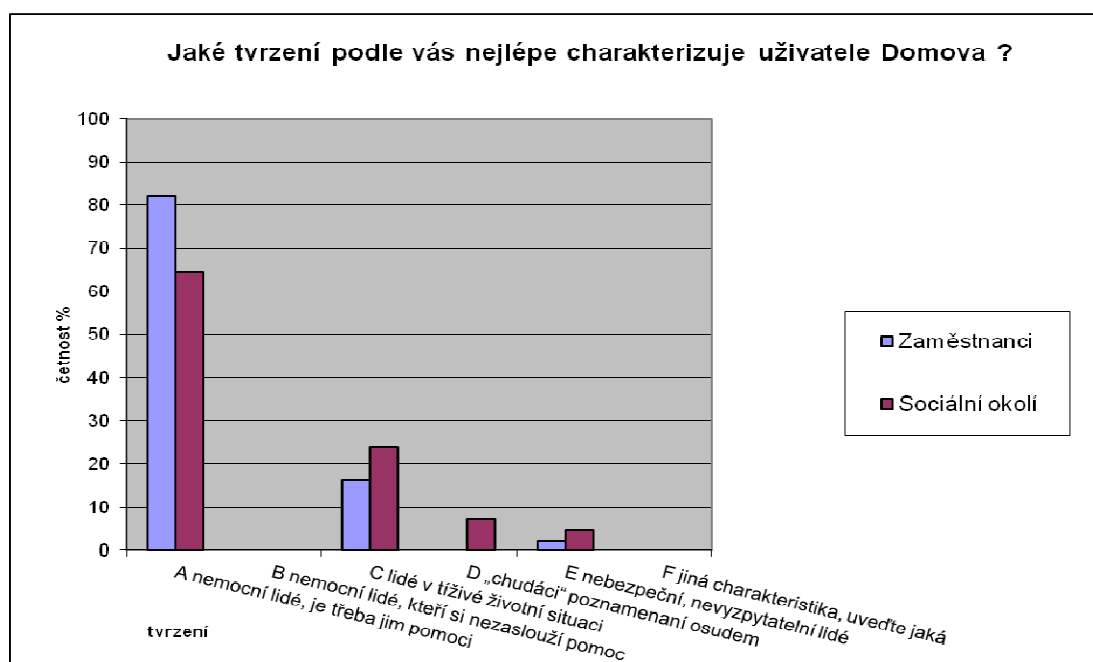
Tabulka 5: Pohlaví respondentů

pohlaví	absolutní četnost		relativní četnost(%)	
	zaměstnanci	okolí	zaměstnanci	okolí
Žena	46	27	94	64
Muž	3	15	6	36
celkem	49	42	100	100

zdroj: Vlastní výzkum 2012

Jak je patrné na první pohled, zatímco ve skupině respondentů z řad zaměstnanců téměř absolutně dominují s 94% ženy, v sociálním okolí je poměr mnohem vyváženější. Jsem přesvědčena, že v sociálním okolí mohl být poměr i obrácený a nic nevyovídá o skutečném složení populace ve stanoveném okolí zařízení, zatímco ve skupině zaměstnanců odráží tradiční složení zaměstnanců sociální služby.

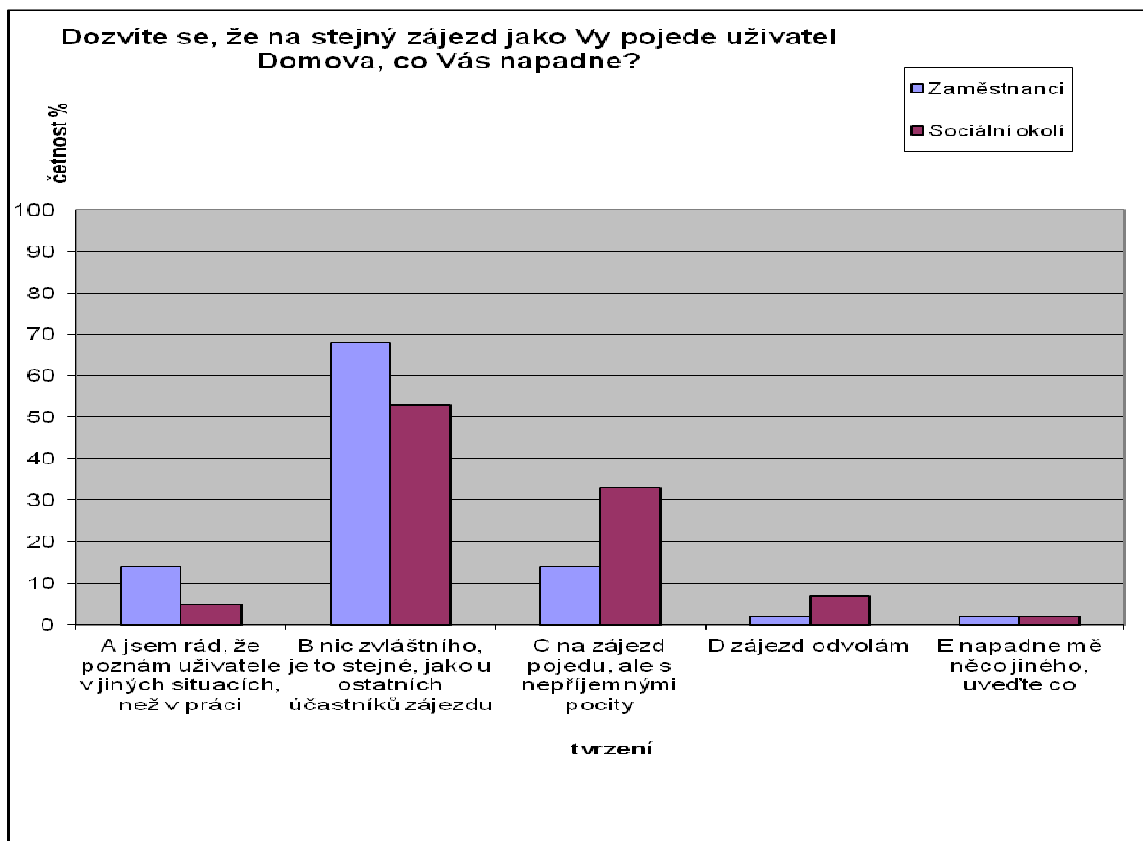
Graf 3: Tvrzení o uživatelích Domova



zdroj: Vlastní výzkum 2012

První z řady otázek, které byly společné pro skupinu zaměstnanců, i respondentů ze sociálního okolí Domova. Výsledky bych interpretovala tak, že zaměstnanci považují převážně uživatele za nemocné lidi, který je třeba pomoci. Poněvadž se jedná o zaměstnance sociální služby, přišlo by mi logičtější, aby uživatelé služby byli považováni za lidi v těžké životní situaci v důsledku svého zdravotního stavu, tak, jak to definuje zákon o sociálních službách. První možnost totiž zvolilo 82% respondentů. Pro někoho možná překvapivě tato odpověď dominovala i v řadách respondentů ze sociálního okolí, kdy ji zvolilo celých 64%. V dalších možnostech už mají převahu respondenti z řad sociálního okolí, kteří se v 24% domnívají, že se jedná o „chudáky, poznamenané osudem“ – pro zajímavost tuto možnost nezvolil ani jeden respondent z řad zaměstnanců. Zajímavou možností bylo tvrzení E, které označovalo uživatele za „nebezpečné, nevyzpytatelné lidi“ a kterou si za svou vybralo 5% respondentů ze sociálního okolí a 2% respondentů z řad pracovníků. Dalo by se čekat, že obě skupiny v této variantě naleznou silnější zastoupení, takže konečný výsledek je příjemným překvapením, který svědčí o vyzrálosti a neukvapenosti respondentů.

Graf 4: Názor na společný zájezd



zdroj: Vlastní výzkum 2012

Další otázka požadovala po respondentech, aby si představili hypotetickou situaci, kdy by spolu s nimi měl jet na zájezd (tudíž by ve své blízkosti trávili dostatek času a určitě by spolu přišli nejménou do kontaktu) nejmenovaný uživatel Domova na Jarošce. Zde bych očekávala mnohem větší „odpor“ proti této hypotetické situaci u zaměstnanců, než u respondentů z řad sociálního okolí, ale opak byl pravdou. Můj předpoklad vycházel z přesvědčení, že zatímco zaměstnanci jsou s uživateli v téměř každodenním kontaktu a budou si chtít odpočinout, izolovat se alespoň na nějakou dobu, nebo v této situaci od uživatelů, tak pro lidi z okolí se nebude jednat o nic co by jim vyloženě mělo vadit. Jak jsem již předeslala, opačný výsledek byl překvapující. Skutečné „nadšení“, nebo alespoň přivítání této situace projevilo 14% respondentů z řad zaměstnanců, resp. 5% z řad sociálního okolí. Nic výjimečného by na této události nevidělo celých 68% z řad zaměstnanců a 53% z řad respondentů ze sociálního okolí, nicméně celých 40% respondentů z řad sociálního okolí zvolilo značně negativní odpověď a to že by jeli na zájezd s nepříjemnými pocity, nebo že by zájezd dokonce odvolali. Tyto odpovědi ve srovnání s odpověďmi na další otázky sice vypovídají o určité míře tolerance, ale tolerance v oblastech, které nepředstavují přímou konfrontaci s uživateli, resp. přímý a delší dobu trvající pobyt s nimi. Jeden respondent z řad zaměstnanců uvedl variantu volné odpovědi, kdy uvedl, že se mísí soukromý život s prací. Variantu volné odpovědi označil i jeden respondent ze sociálního okolí, ale nedoplňl ji žádným textem.

Tabulka 6: Hodnocení pohybu uživatelů mimo zařízení bez doprovodu personálu

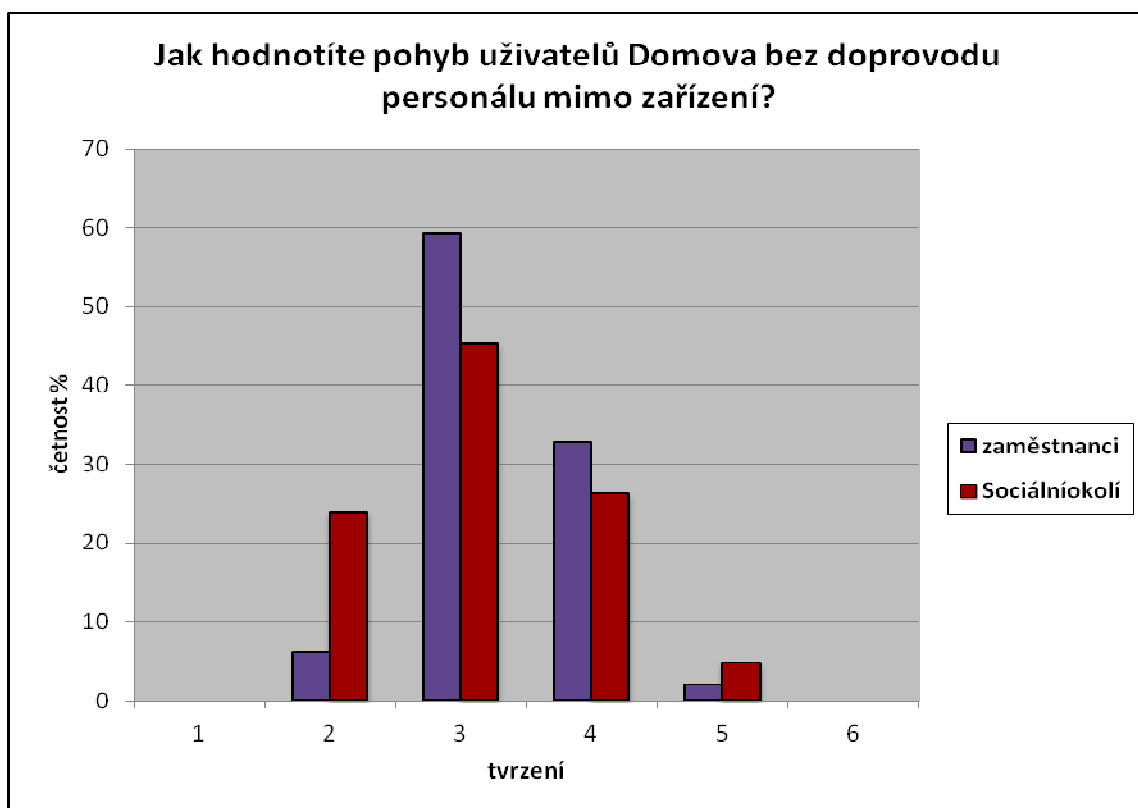
	Jak hodnotíte pohyb uživatelů Domova bez doprovodu personálu mimo zařízení?	absolutní četnost		relativní četnost (%)	
		zaměstnanci	okolí	zaměstnanci	okolí
1	A hodnotím ho negativně, nesouhlasím s ním	0	0	0	0
2	B hodnotím ho spíše negativně, ale mají na to právo	3	10	6	24
3	C nevaď mi	29	19	59	45
4	D hodnotím ho spíše pozitivně	16	11	33	26
5	E rozhodně pozitivně, je to dobré pro ně i pro okolní obyvatele	1	2	2	5
6	F hodnotím ho jinak, uveďte jak	0	0	0	0
	celkem	49	42	100	100

zdroj: Vlastní výzkum 2012

Otázka, která zjišťuje postoj obou skupin respondentů v souvislosti s možným samostatným pohybem uživatelů mimo areál zařízení Domova. Na odpovědích jde krásně vidět rozložení ve smyslu Gaussovy křivky. Za důležité a pozitivní vnímám skutečnost, že ani jeden z respondentů v žádné z cílových skupin neuvedl, že samostatný pohyb uživatelů hodnotí negativně a že mu vadí. Objevila se sice část respondentů, kteří samostatný pohyb

uživatelů negativně hodnotí, ale kteří současně jedním dechem objektivně dodávají, že na něj mají uživatelé právo. Ve srovnání s ostatními respondenty, kterým buď samostatný pohyb uživatelů nevádí (59% u zaměstnanců a 45% u sociálního okolí) nebo kteří jej vnímají rozhodně pozitivně (33% u zaměstnanců a 26% u sociálního okolí) se jedná o výsledek, který je možné určitě interpretovat jako posun žádoucím směrem v myšlení veřejnosti.

Graf 5: Hodnocení pohybu uživatelů mimo zařízení bez doprovodu personálu

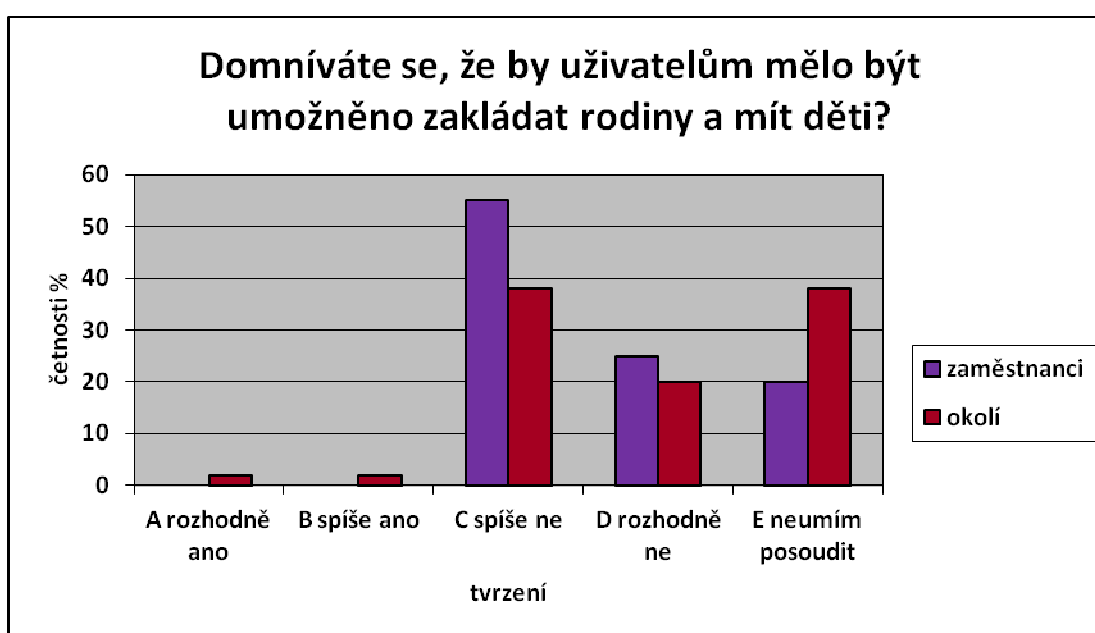


zdroj: Vlastní výzkum 2012

Další otázka, s vizuálním zobrazením níže, která byla opět shodná pro obě skupiny respondentů zjišťovala jejich názor na možnost uživatelů Domova založit rodinu a mít děti. Velmi citlivé téma, na něž kladně (ať už rozhodně, nebo spíše) odpověděla pouze 4% respondentů ze sociálního okolí – na každou z obou pozitivních odpovědí shodně 2%. Názor, že by uživatelé Domova měli mít možnost zakládat rodiny a mít děti nezastává ani jeden jediný z dotázaných zaměstnanců jmenovaného zařízení. Rozhodně nesouhlasný postoj s touto možností vyslovilo 25% pracovníků a 20% respondentů ze sociálního okolí, zatímco mírnější verzi odmítavého postoje zaujalo 55% zaměstnanců a 38% respondentů ze sociálního okolí. V součtu tuto možnost tedy odmítá plných 80% zaměstnanců a 58% respondentů ze sociálního okolí Domova. Zbytek respondentů, v poměru 20% zaměstnanců

a 38% respondentů ze sociálního okolí zvolil neutrální, diplomatickou, vyhýbavou odpověď, že situaci v dotazované oblasti neumí posoudit. Jasně zamítavý postoj ze strany zaměstnanců je možné vysvětlit tím, že jsou s uživateli v denním kontaktu, „starají se“ o ně, řeší „jejich problémy“ a ze svého, touto skutečností značně ovlivněného pohledu, si nejsou schopni představit, že by se lidé, kterým takto poskytují podporu a péči měli sami starat o někoho dalšího, přijímat zásadní rozhodnutí související s chodem domácnosti a s hospodařením rodiny, a už vůbec ne o výchově dětí.

Graf 6: Názor na zakládání rodin uživatelů Domova



zdroj: Vlastní výzkum 2012

Následující otázka, opět společná pro obě skupiny respondentů, se dotkla dalšího ožehavého tématu, kterým je možnost mít práci a být zaměstnán.

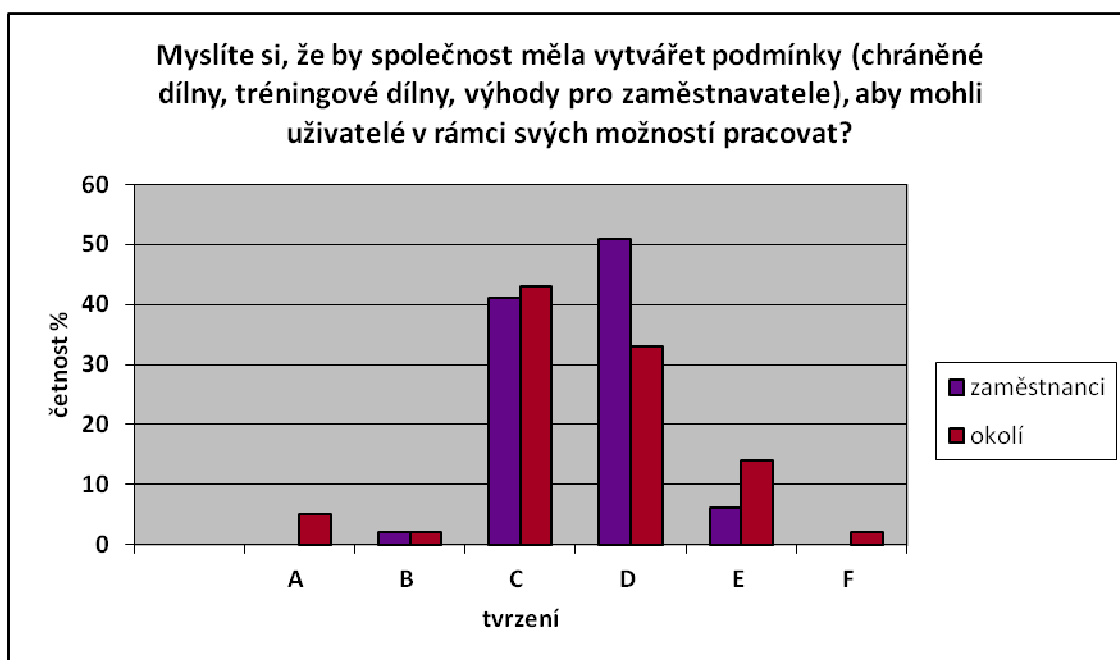
Tabulka 7: Názor na vytváření speciálních podmínek pro pracovní uplatnění uživatelů

Myslíte si, že by společnost měla vytvářet podmínky (chráněné dílny, tréninkové dílny, výhody pro zaměstnavatele apod.), aby mohli uživatelé v rámci svých možností pracovat?	absolutní četnost		relativní četnost (%)	
	zaměstnanci	okolí	zaměstnanci	okolí
A rozhodně ne	0	2	0	5
B spíše ne	1	1	2	2
C spíše ano	20	18	41	43
D určitě ano, je to důležité pro ně i pro celou společnost	25	14	51	33
E neumím posoudit	3	6	6	14
F myslím si něco jiného, uveďte co	0	1	0	2
<b>celkem</b>	<b>49</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

zdroj: Vlastní výzkum 2012

Jak je patrné z tabulky i z grafického zobrazení níže, na rozdíl od odpovědí na předchozí otázku zde nejde vidět žádný výrazně hraniční, zamítavý názor. Dovolují si to tvrdit na základě faktu, že pouze 5% respondentů z řad dotázaných ze sociálního okolí je přesvědčeno o tom, že společnost by rozhodně neměla vytvářet žádné podmínky pro to, aby uživatelé Domova mohli v rámci svých možností pracovat. Tento názor nezastává nikdo z řad dotázaných zaměstnanců Domova. Mírnější verzi zamítnutí (spíše ne) zvolila shodně 2% respondentů z obou skupin. Naopak přesvědčeno o tom, že společnost by měla vytvářet podmínky pro zaměstnávání uživatelů, si myslí (v souhrnu obou kladných variant) 92% zaměstnanců a 76% respondentů ze sociálního okolí. Vysvětlují si tuto drtivou názorovou shodu na straně zaměstnanců hlavně tím, že díky své práci vidí, jaké je využití volného času uživateli služby a také tím, že znají jejich schopnosti a dovednosti při nejrůznějších terapeutických činnostech a tudíž jsou přesvědčeni, že by uživatelé byli schopni nějakou práci odvádět a že by to bylo i k jejich prospěchu. Opět se našla i část respondentů, která nebyla schopna otázku posoudit – 6% zaměstnanců a 14% respondentů z řad sociálního okolí. A konečně, 2% respondentů ze sociálního okolí se vyjádřila v tom smyslu, že záleží na individuálním posouzení každého uživatele, pro některé ano, pro některé ne.

Graf 7: Názor na vytváření speciálních podmínek pro pracovní uplatnění uživatelů

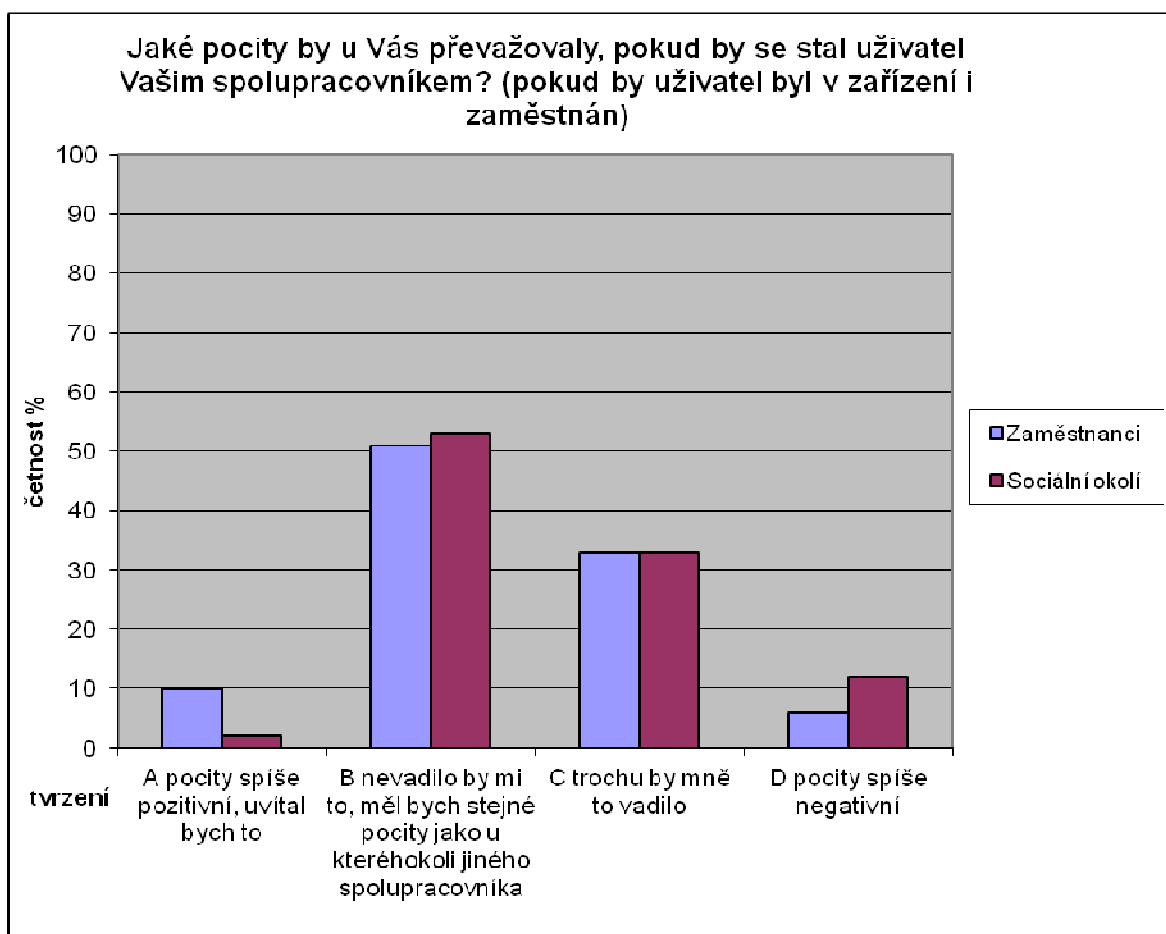


zdroj: Vlastní výzkum 2012

Pokud se předchozí otázka ptala víceméně obecně, další otázka problém zaměstnanosti rozvádí a je konkrétní tím směrem, že se ptá na pocity a názor respondentů v situaci, kdy

by se uživatel Domova měl stát jejich pracovním kolegou. Je zajímavé podívat se na výsledky této otázky v porovnání se skutečnostmi, které uvádí Graf 6: Názor na společný zájezd. Pro připomenutí celých 40% respondentů z řad sociálního okolí zvolilo značně negativní odpověď a to že by jeli na zájezd s nepříjemnými pocity, nebo že by zájezd dokonce odvolali. V porovnání délky, nebo závažnosti takové události, jakou je zájezd a kolegiální vztah na pracovišti je překvapující, že negativní pocity by v případě, kdy by se uživatel Domova stal kolegou respondenta, mělo pouhých 45%, zatímco 55% by tato skutečnost nevadilo, resp. 2% z této nadpoloviční většiny by situaci uvítala. Disproporce při porovnání odpovědí na tyto dvě otázky je zřejmá, protože z logiky věci by lidem mělo mnohem více vadit, kdyby s nimi uživatel byl v práci jako kolega, než kdyby s nimi jel pouze na zájezd.

Graf 8: Pocity respondentů z uživatele jako spolupracovníka



zdroj: Vlastní výzkum 2012

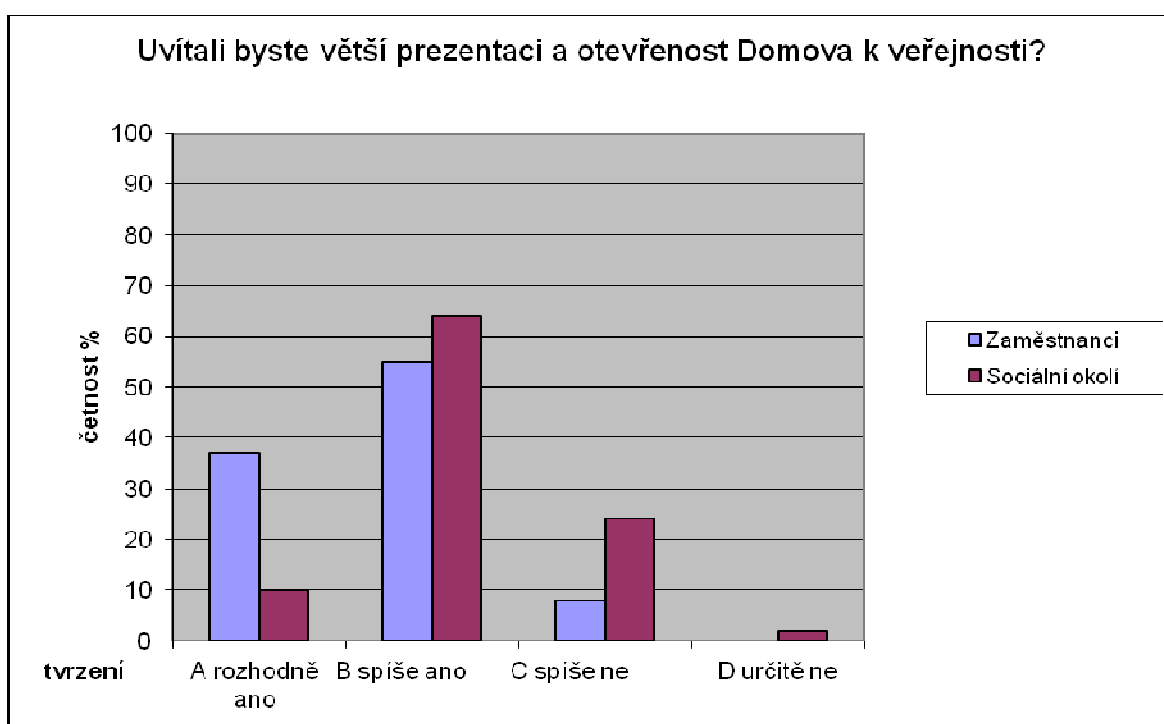
Co se zaměstnanců týká, dalo by se říci, že se procentuálním zastoupením ve dvou nejčastěji volených tvrzeních shodují s odpověďmi volenými i sociálním okolím, tedy

názor, že by jim to nevadilo a měli by pocity stejné jako u kteréhokoliv jiného spolupracovníka označilo 51% v poměru k 53% respondentů ze sociálního okolí a druhé nejčastěji volené tvrzení, čili že by to „trochu vadilo“ si jako svou odpověď zvolilo 33% respondentů shodně v obou skupinách.

Vyloženě negativní pocity by tato situace vyvolala u 6% respondentů z řad zaměstnanců Domova a 12% respondentů ze sociálního okolí.

Hodně očekávání jsem měla u otázky, kterou jsem se snažila jednak zjistit zájem o Domov a vše co s ním souvisí ze strany okolí a současně názor zaměstnanců na to, jestli se domnívají, že jejich zařízení poskytuje veřejnosti dostatek informací, nebo by byli raději, kdyby bylo informací směrem k veřejnosti ještě více.

Graf 9: *Názor na větší prezentaci a otevřenost Domova k veřejnosti*



zdroj: Vlastní výzkum 2012

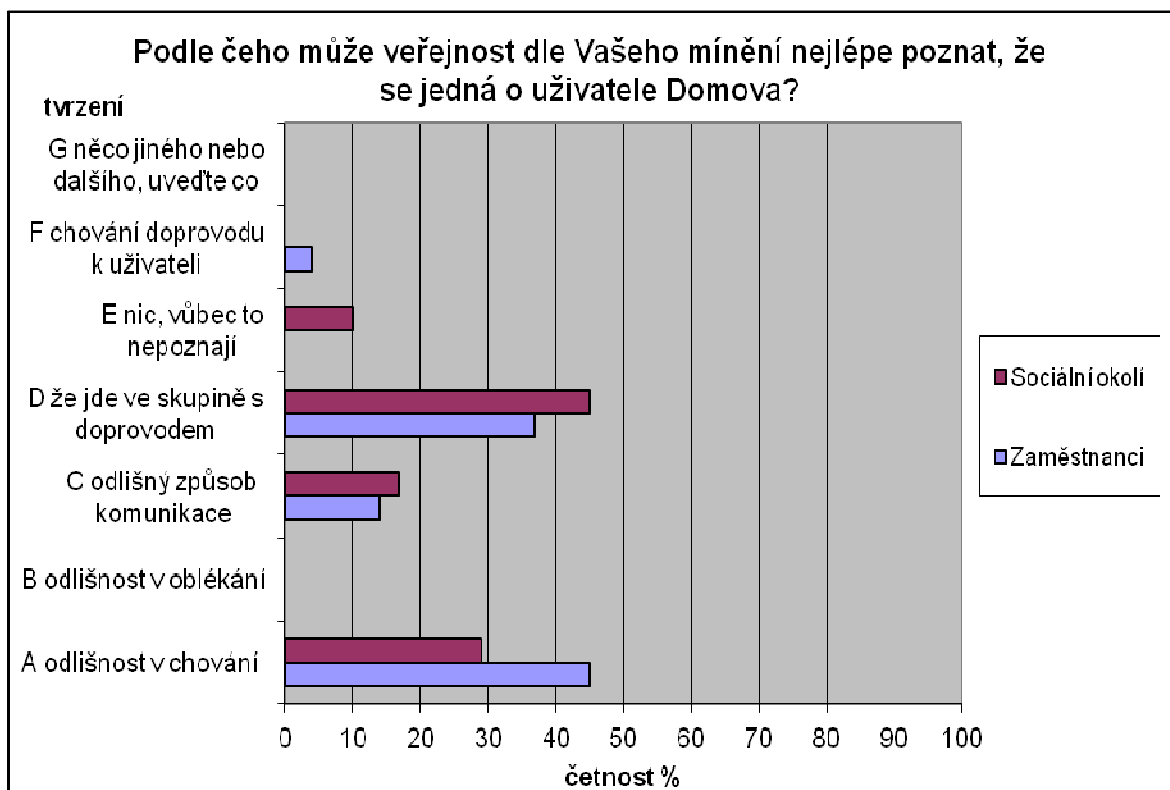
Byla jsem překvapena skutečností (jak je patrné z grafu výše), že silnější poptávka po větší prezentaci a otevřenosti zařízení směrem k veřejnosti byla na straně zaměstnanců (obě varianty kladných odpovědí zvolilo 92% respondentů z řad zaměstnanců), zatímco ze sociálního okolí se na tuto otázku kladně vyjádřilo 74% respondentů (rozhodně ano 10%, spíše ano 64% respondentů). Určitý nezájem okolí o Domov samotný a dění v něm se jasně zrcadlí i ve skutečnosti, že 26% respondentů z řad sociálního okolí nemá zájem o větší



otevřenosti Domova a větší prezentaci. Přesto se domnívám, že odpovědi na tuto otázku jasně naznačují jednu z oblastí, na které je možné v rámci sociální služby dále pracovat.

Další otázka byla zaměřena na zjišťování existence vnějších znaků, které by mohli upozorňovat (tedy stigmatizovat) na uživatele služby.

Graf 10: Názory na znaky vedoucí k identifikaci člověka jako uživatele Domova



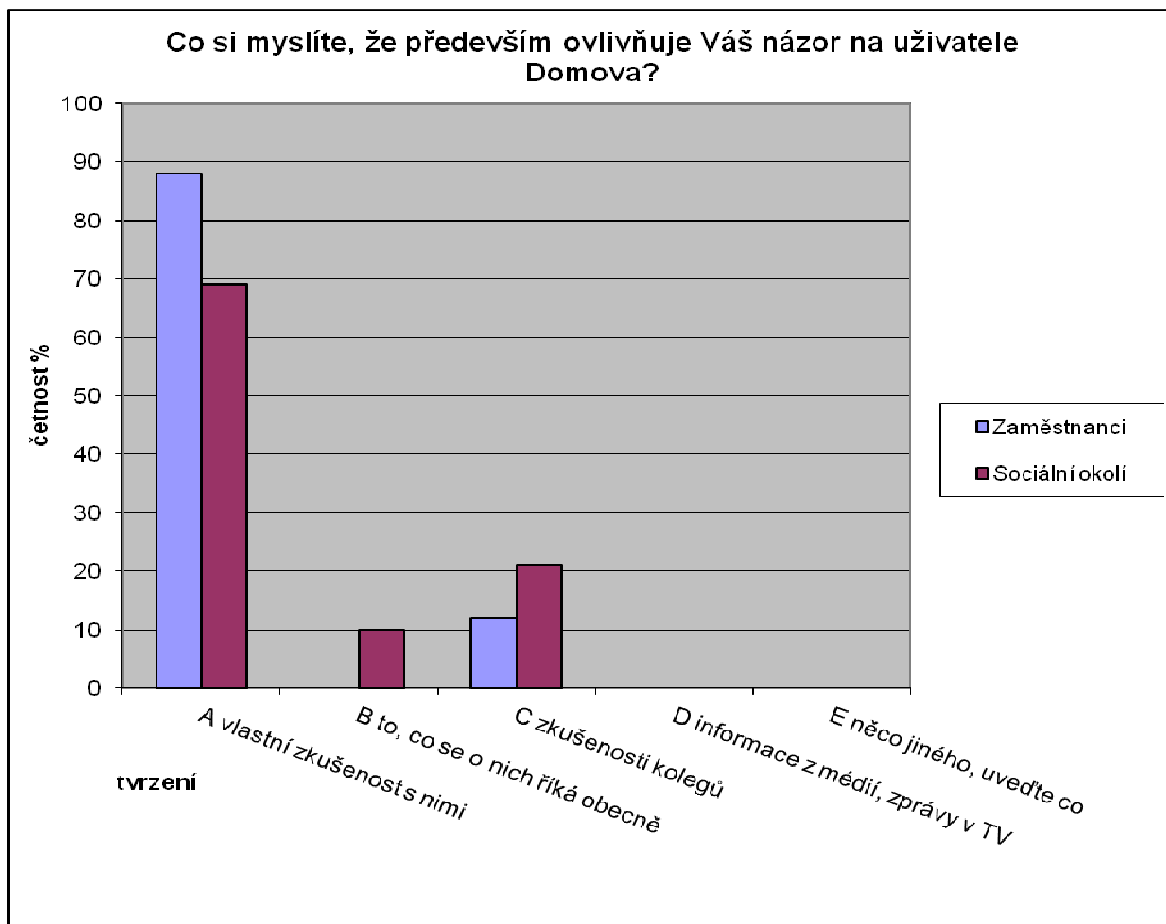
zdroj: Vlastní výzkum 2012

Touto otázkou jsem zjišťovala, podle čeho si zaměstnanci myslí, že veřejnost dokáže identifikovat člověka jako uživatele sociální služby. Zajímalo mě, nakolik se jejich tipy budou shodovat s tím, podle čeho veřejnost skutečně uživatele sociální služby identifikuje. Nejčastěji volenou možností zaměstnanců bylo přesvědčení, že se jedná o odlišnost v chování uživatelů, celkem 45% respondentů označilo tuto možnost. Zde je vidět první rozpor s vnímáním veřejnosti, protože u té se jedná až o druhou nejčastěji označovanou možnost, zvolilo ji 29% respondentů z řad sociálního okolí. Za hodně zajímavou považuji skutečnost, že ani jeden respondent se nedomnívá, že by odlišnost v oblékání mohla sloužit k identifikaci uživatele sociální služby. Tím, alespoň v tomto případě, padá zažité tvrzení, že se lidé z „ústavů“ oblékají tak, že jsou na první pohled zařaditelní. Odlišný způsob komunikace je shodně zvolen oběma skupinami respondentů za třetí nejčastější příčinu roz-

poznání toho, že se jedná o uživatele služby, tuto možnost si zvolilo 14% zaměstnanců a 17% respondentů z řad sociálního okolí. Sociálním okolím nejčastěji volená příčina rozpoznání toho, že se jedná o uživatele sociální služby, je to, že jde ve skupině s doprovodem. Podle tohoto znaku identifikuje uživatele celkem 45% respondentů. Pro zaměstnance se jednalo o druhou nejčastěji volenou odpověď, označilo ji 37% respondentů. 10% respondentů z řad sociálního okolí zvolilo možnost, že nejsou schopni rozpoznat, že se jedná o uživatele sociální služby. Poslední možností, kterou někteří respondenti využili, bylo tvrzení, že uživatele lze rozpoznat podle chování doprovodu k němu – tuto možnost volili pouze respondenti z řad zaměstnanců (4%). Hlavně na grafickém zobrazení je zřetelně vidět, že zaměstnanci kladli důraz hlavně na odlišnost v chování, zatímco veřejnost pozná hlavně uživatele podle toho, že jde ve skupině s doprovodem.

Následující otázkou jsem se snažila zjistit, co formuje názor respondentů ve vztahu k uživatelům sociální služby.

*Graf 11: Co ovlivňuje názor respondentů na uživatele Domova*

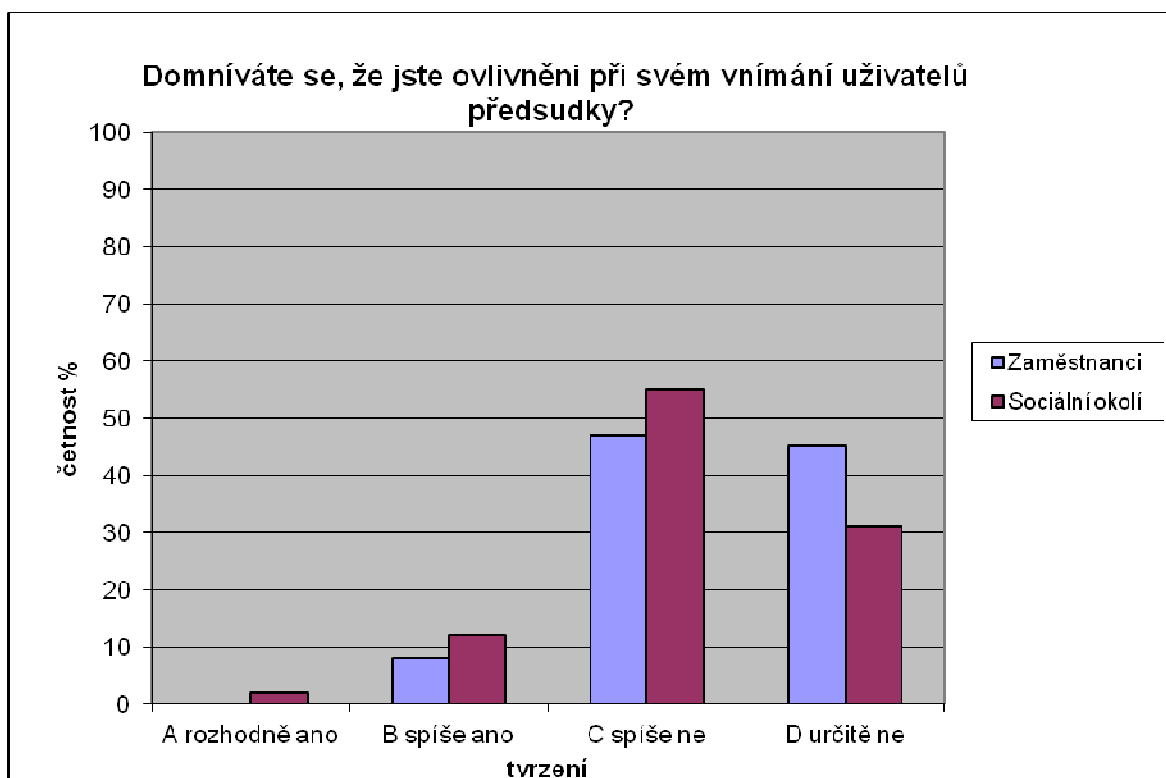


zdroj: Vlastní výzkum 2012

Naprosto drtivě dominovala vlastní zkušenost s nimi. Zvolilo ji 88% zaměstnanců a 69% respondentů z řad sociálního okolí. Další možnost, tudíž že názor utváří to, co se o nich říká obecně volili jen respondenti z řad sociálního okolí a to 10%. Vysvětlují si tuto skutečnost tím, že zatímco každý zaměstnanec má osobní zkušenost s některým z uživatelů, určitá část respondentů z řad veřejnosti s uživateli do osobního styku přijít nemusela, proto volila tuto možnost. Posledním využitým tvrzením byly zkušenosti kolegů (přátel a známých u sociálního okolí), které u veřejnosti (21%) chápou jako variantu předchozího tvrzení, zatímco mě zaráží u 12% zaměstnanců, kteří si ji také zvolili jako svou odpověď. Vysvětlují si to snad jenom tím, že tito zaměstnanci si utváří názor na uživatele na základě negativních zkušeností, které mají jejich kolegové tak, aby byli připraveni na obdobnou situaci, které by jednou mohli sami čelit.

Poslední otázka, která byla společná pro obě skupiny respondentů zjišťovala, nakolik jsou respondenti při svém vnímání uživatelů ovlivněni předsudky.

Graf 12: Vliv předsudků na vnímání uživatelů



zdroj: Vlastní výzkum 2012

Není příliš překvapující, že souhrnem velká většina (92% respondentů z řad zaměstnanců a 86% z řad sociálního okolí) tuto možnost odmítá. Podíváme-li se na výsledky podrobněji zjistíme, že rozhodně ovlivněny předsudky se cítí být 2% respondentů z řad sociálního

okolí a za spíše ovlivněné předsudky se považuje 12% respondentů z řad sociálního okolí, a co je alespoň pro mě značně překvapující, i 8% respondentů z řad zaměstnanců. Tuto skutečnost si vysvětlit nedokážu a považuji ji za alarmující.

### 5.1.2 Analýza dotazníkových položek pro zaměstnance

V této části analýzy opět uvádím nejprve demografické údaje o respondentech, a to pracovní zařazení a skutečnost, jak dlouho v zařízení pracují.

Tabulka 8: Pracovní zařazení zaměstnanců

pracovní zařazení	absolutní četnost	relativní četnost (%)
administrativní pracovník	5	10
provozně technický pracovník	16	33
zdravotnický pracovník	9	18
pracovník v přímé péči	19	39
celkem	49	100

zdroj: Vlastní výzkum 2012

Tabulka č. 7 ukazuje rozložení respondentů z řad zaměstnanců. Ve skupině respondentů jsou zastoupeni pracovníci všech úseků, které Domov má. Logicky nejpočetnější skupinou jsou pracovníci v přímé péči, kteří tvoří 39% respondentů. I další úseky jsou zastoupeny s tím, že žádný z nich netvoří méně než 10% celkového počtu všech respondentů.

Tabulka 9: Délka praxe v zařízení

délka praxe v zařízení	absolutní četnost	relativní četnost (%)
Méně než rok	5	10
1 - 5 let	15	31
6 - 10 let	12	25
11 - 15 let	9	18
více než 15 let	8	16
celkem	49	100

zdroj: Vlastní výzkum 2012

Tabulka popisující, jak dlouho jednotliví respondenti pracují v Domově. Nejpočetnější skupinu tvoří zaměstnanci, kteří v zařízení pracují 1-5 let (31%), tedy relativně krátkou dobu, aby se u nich objevil syndrom vyhoření a hlavně nastoupili již po nabytí účinnosti zákona o sociálních službách, s kterým mohlo mít mnoho zaměstnanců s delší praxí v jednom zařízení (v našem případě víc než 15 let – 16%) problém při uvádění do praxe

hlavních zásad tohoto zákona, neboť znamenal velkou změnu ve způsobu práce zaměstnanců a zvýšení nároků. V další skupině jsou zastoupeni relativně noví pracovníci, jejich praxe je kratší než jeden rok (10%). Zbývající délka praxe, tedy také poměrně dlouhou dobu práce v jednom zařízení (11 – 15 let) tvoří 18% zaměstnanců.

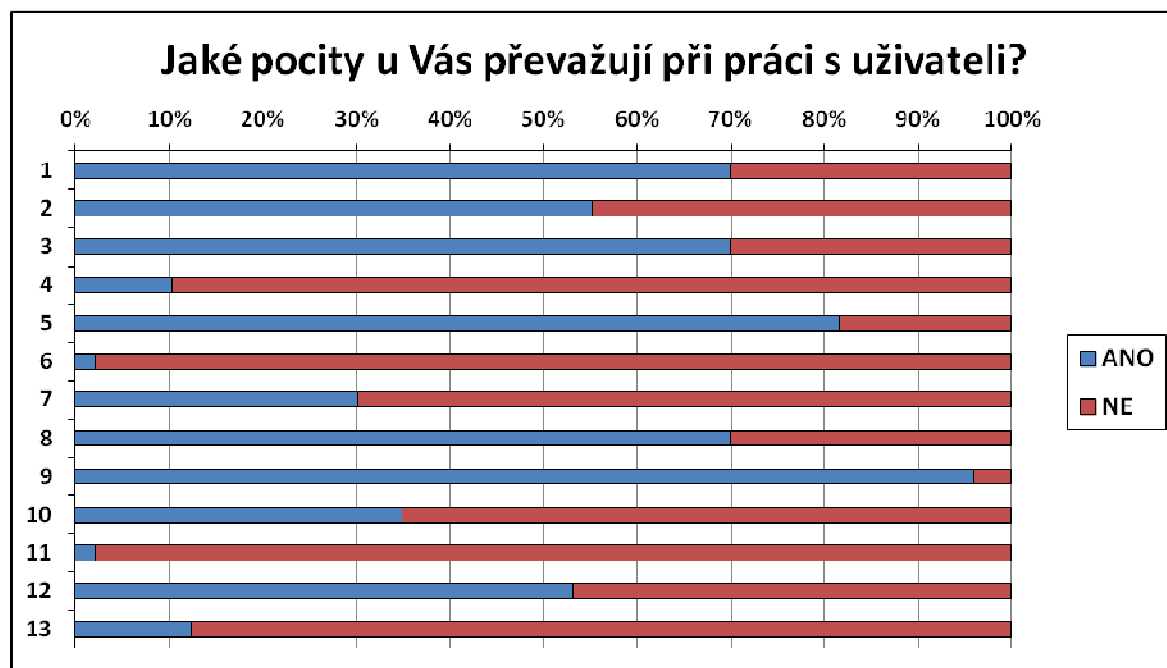
U položky, kterou znázorňuje Tabulka č. 9 a vizuálně i Graf č. 15, bylo cílem zjistit, jaké pocity zažívají zaměstnanci při práci s uživateli. Pojmenovala jsem celkem 13 pocitů a požádala je, aby u každého uvedli, zda jej při práci s uživateli zažívají, či nikoliv.

Tabulka 10: Pocity zaměstnanců při práci s uživateli

	Jaké pocity u Vás převažují při práci s uživateli?	absolutní četnost		celkem	relativní četnost %	
		ANO	NE		ANO	NE
1	pocit opravdového zájmu o uživatele, snaha jim pomoci	34	15	49	70	30
2	pocit zodpovědnosti za kvalitu jejich života v zařízení	27	22	49	55	45
3	pocit důležitosti vykonávané práce	34	15	49	70	30
4	pocit beznaděje	5	44	49	10	90
5	pocit uspokojení z vykonané práce	40	9	49	82	18
6	pocit apatie	1	48	49	2	98
7	pocit vyčerpání	15	34	49	30	70
8	pocit užitečnosti	34	15	49	70	30
9	pocit uvědomění si, že onemocnět duševní poruchou může každý	47	2	49	96	4
10	pocit smutku nad jejich životem a osudem	17	32	49	35	65
11	pocit lhostejnosti, dělám jen svou práci	1	48	49	2	98
12	pocit stresu z náročné práce	26	23	49	53	47
13	pocit podrážděnosti	6	43	49	12	88

zdroj: Vlastní výzkum 2012

Graf 13: Platnost tvrzení o pocitech zaměstnanců při práci s uživateli



zdroj: Vlastní výzkum 2012

1) pocit opravdového zájmu o uživatele, snaha jim pomoci. 70% respondentů uvedlo, že tento pocit při výkonu své profese pociťují, zatímco zbylých 30% tento pocit nezažívá. To, že téměř třetina zaměstnanců přiznává, že při práci necítí snahu uživatelům pomoci, je dle mého názoru sice nepříjemná, ale bohužel odpovídá realitě v sociálních službách.

2) pocit zodpovědnosti za kvalitu jejich života v zařízení. 55% respondentů cítí odpovědnost za to, jak kvalitní život uživatelé v Domově budou mít, zatímco 45% tento pocit nemá. Jsem přesvědčena, že toto je dáno osobním vkladem každého pracovníka a jeho filosofií, jeho životním přístupem.

3) pocit důležitosti vykonávané práce. 70% respondentů uvádí, že cítí tento pocit, zbylých 30% nikoliv. Je bezpochyby mnohem více naplňující, pokud je člověk přesvědčen o tom, že práce, kterou dělá má smysl a je důležitá. Já osobně jsem ráda, že procento zaměstnanců, kteří tento pocit zažívají je tak vysoké.

4) pocit beznaděje. V podstatě protiklad předchozího pocitu zažívá 10% zaměstnanců, zatímco zbylých 90% se s tímto pocitem během své práce neseťkává.

5) pocit uspokojení z vykonané práce. 82% zaměstnanců pociťuje uspokojení z vykonané práce, bohužel zbylých 18% tyto pocity nezná. Stejně jako u pocitu č. 3 je jak pro zaměstnance, tak pro uživatele velmi dobře, že toto procento je tak vysoké.

6) pocit apatie. Tento pocit někdy zažívají 2% respondentů, což je nepatrné, minimální množství ve srovnání s 98% respondentů, pro které je tento pocit při práci s uživateli neznámý.

7) pocit vyčerpání. Pocit vyčerpání je asi cyklickou záležitostí, v době vyplňování dotazníku jím trpělo 30% respondentů, 70% během práce s uživateli tento pocit nezažilo.

8) pocit užitečnosti. 70% respondentů má pocit, že jsou při práci užiteční, 30% tento pocit nemá. Podobné rozložení odpovědí jako u pocitu 1 a 3 vypovídá o tom, že stejní respondenti označovali tyto pocity stejně.

9) pocit uvědomění si, že onemocnět duševní poruchou může každý. 96% respondentů si je vědomo, že duševní porucha je nemoc jako každá jiná a během života před ní nikdo není chráněný. Pouze 4% respondentů si myslí, že nemohou tímto způsobem onemocnět.

10) pocit smutku nad jejich životem a osudem. 35% respondentů uvádí, že pociťují smutek nad osudem a životem uživatelů, s kterými pracují. 65% respondentů je tímto pocitem ne-

zasaženo. Záleží asi na individuálním vnímání a nastavení, někomu tento pocit možná pomáhá odvádět svou práci lépe a vidět v ní smysl, někdo to ale dokáže i bez tohoto pocitu.

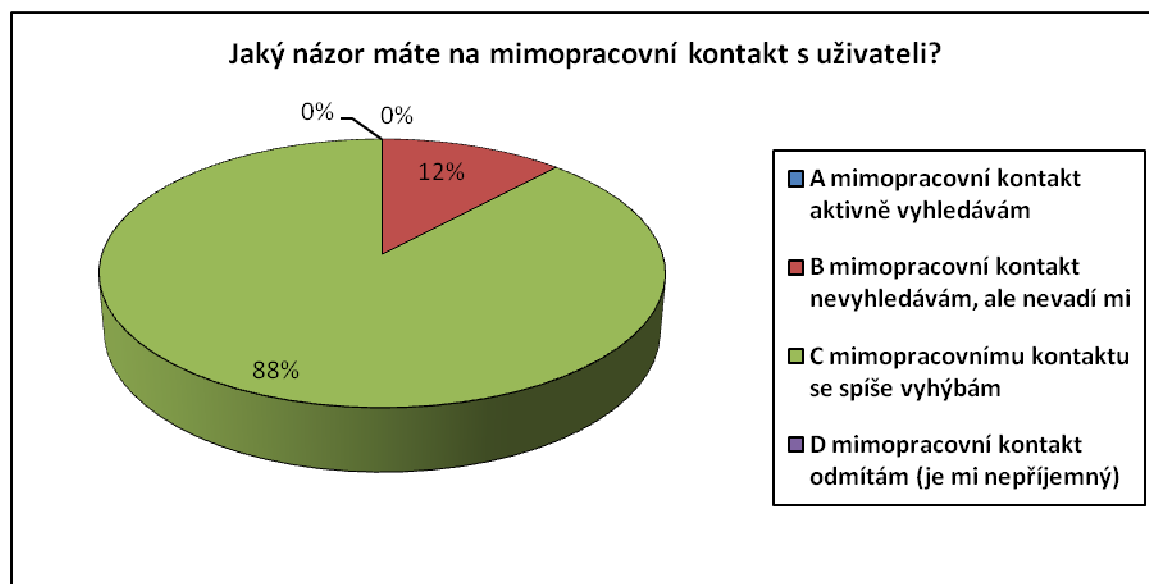
11) pocit lhostejnosti, dělám jen svou práci. 2% respondentů uvádí, že ke své práci přistupují s lhostejností, zatímco 98% ne. Syndrom vyhoření je zcela běžnou součástí pracovního procesu a v tak náročné práci, jako je práce s lidmi s duševním onemocněním považují téměř za zázrak, že tento pocit přiznala pouhá 2% respondentů.

12) pocit stresu z náročné práce. 53% respondentů se potýká s tímto pocitem, téměř shodné množství, 47% tento pocit neuvádí. Stres je přítomen v každém povolání, může se lišit jeho hladina a také schopnost každého jedince se s ním vyrovnávat. Téměř vyrovnaný poměr při této odpovědi by mohl svědčit o dobře fungujícím kolektivu zaměstnanců.

13) pocit podrážděnosti. 12% respondentů označilo, že tento pocit během práce s uživateli zažívá, zatímco zbytek, čili 88% jej neguje. Jedná se o míru tolerance k požadavkům a potřebám uživatelů.

Další položka v dotazníku byla zaměřena na to, jak zaměstnanci vnímají mimopracovní kontakt s uživateli, tedy při setkávání mimo zařízení například při nákupu v obchodě apod.

*Graf 14: Názor zaměstnanců na mimopracovní kontakt s uživateli*



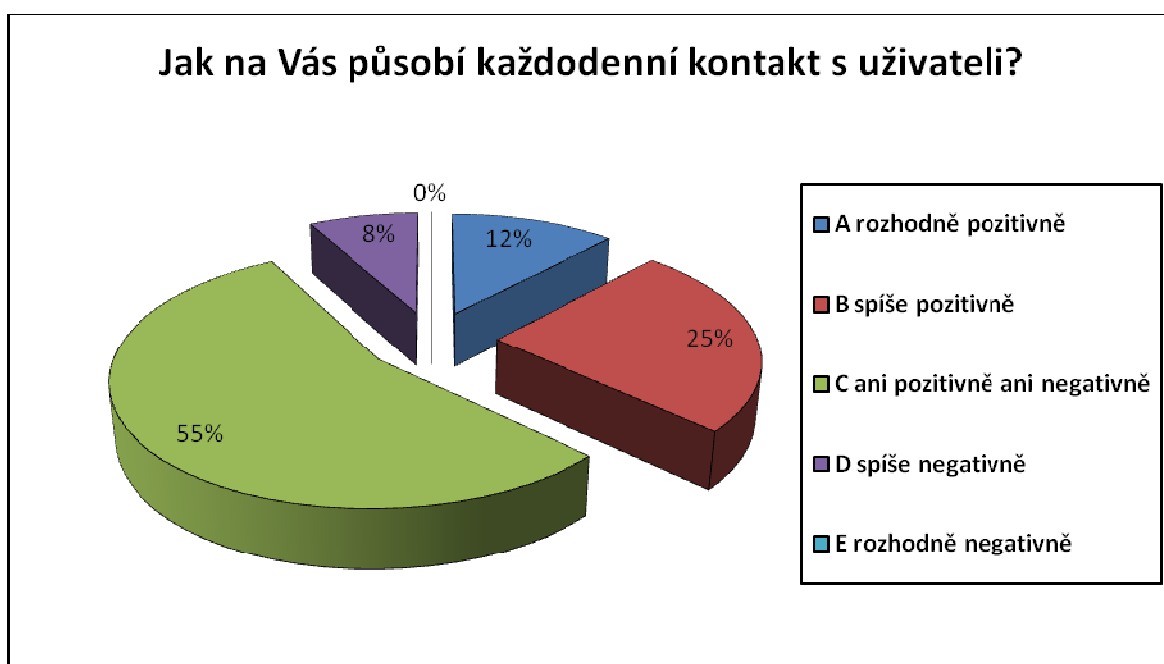
zdroj: Vlastní výzkum 2012

Z výsledků se absolutně nedá říct, že by někdo ze zaměstnanců aktivně takový kontakt vyhledával. Ani jeden z respondentů si jej totiž nevybral jako svou odpověď. Nulové zastoupení měla i možnost že mimopracovní kontakt pracovníci odmítají, protože je jim

nepříjemný. Všichni respondenti tak zvolili jednu ze zbývajících možností, a to 12% z nich uvedlo, že mimopracovní kontakt sice nevyhledávají, ale pokud k němu dojde, nevadí jim. Zbytek, to znamená drtivá většina respondentů, v procentuálním vyjádření 88% uvádí, že se mimopracovnímu kontaktu spíše vyhýbá. Je to částečně vysvětlitelné tím, že se jedná o práci psychicky hodně náročnou a síly je možné nabrat a regenerovat hlavně v jiném prostředí, s jinými lidmi než s těmi, se kterými člověk pracuje. Pravdou ale je, že ve srovnání s Grafem 6 Názor na společný zájezd, kdy 82% respondentů z řad zaměstnanců uvedlo, že by na zájezd s uživatelem jeli bez nějakých nepříjemných pocitů se jedná o poměrně nečekaný výsledek.

V další položce jsem se zajímala o to, jak pracovníci vnímají každodenní kontakt s uživateli.

Graf 15: Hodnocení každodenního kontaktu s uživateli



zdroj: Vlastní výzkum 2012

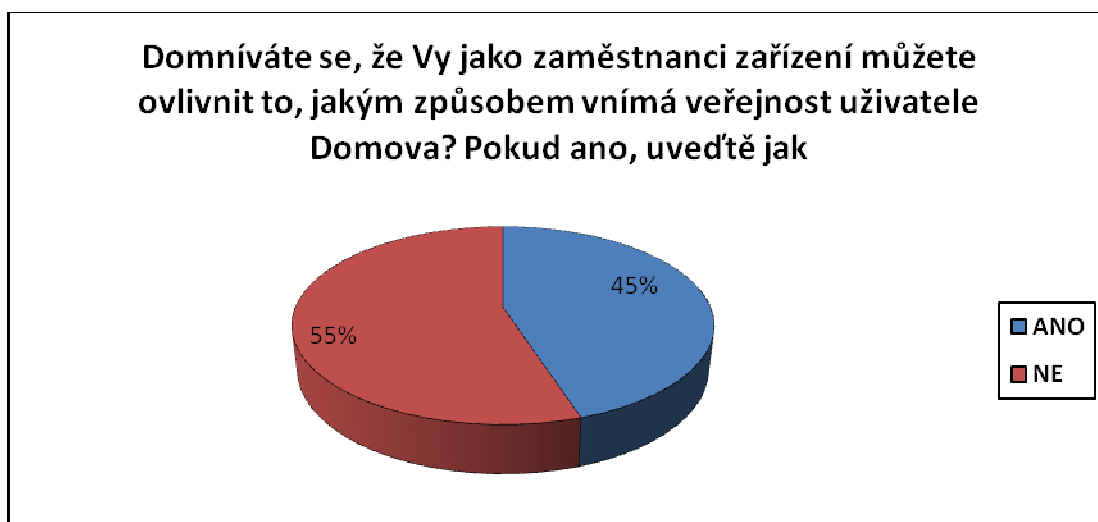
Je sice pravda, že žádný z respondentů nevnímá každodenní kontakt rozhodně pozitivně, ale už 25% jich tuto situaci vnímá spíše pozitivně. V kontrastu s tím 8% pracovníků má spíše negativní pocity při každodenním styku s uživateli. Může se jednat o nějakou osobní špatnou zkušenost, nebo o syndrom vyhoření, každopádně musí být pro tyto zaměstnance poměrně těžké chodit do práce s tímto rozpoložením. Nutno ale zkonstatovat, že ani jeden ze zaměstnanců nevnímá každodenní kontakt s uživateli rozhodně negativně. Zbývajících



55% je v této situaci pocitově neutrálních, každodenní styk s uživateli pro ně není ani pozitivní, ani negativní.

Otázku zjišťující naladění pracovníků ve vztahu k jejich možnému přínosu, respektive vlivu na to, jak veřejnost bude vnímat uživatele Domova, zobrazuje Graf č. 18.

*Graf 16: Názor na možnost zaměstnanců ovlivnit vnímání veřejnosti uživatelů Domova*



zdroj: Vlastní výzkum 2012

Snažila jsem se zjistit, zda si pracovníci myslí, že i oni sami mohou mít na tuto skutečnost vliv. Z odpovědí je možné vyčíst určitý pesimismus, rezignaci, protože jak jinak si vyložit rozložení odpovědí, když 55% respondentů je přesvědčeno, že oni sami nemohou ovlivnit to, jakým způsobem budou uživatelé vnímání v očích veřejnosti. Zbýlých 45% je sice přesvědčeno o tom, že je v jejich silách, nebo možnostech tuto věc ovlivnit, ale negativně naladěná nadpoloviční většina je příliš významná.

Zaměstnanci, kteří odpověděli na tuto otázku kladně, měli možnost uvést příklady toho, jak si myslí, že z jejich pozice lze ovlivnit vnímání veřejnosti uživatelů. Příklady způsobu možného ovlivnění uvedlo pouze šest zaměstnanců. Nejčastěji zaměstnanci uvádí to, jak se chovají k uživatelům, jak o nich hovoří a také tím, že sami budou aktivně přispívat k větší informovanosti o zařízení a jeho uživatelích, přispívat k pozitivní reklamě, chovat se k nim na veřejnosti stejně jako ke zdravým lidem, nestydět se za ně, nemluvit o nich negativně, hanlivě, spíše se jich zastávat. Ostatní, u nichž byla kladná odpověď, možnost uvést příklady ignorovali.

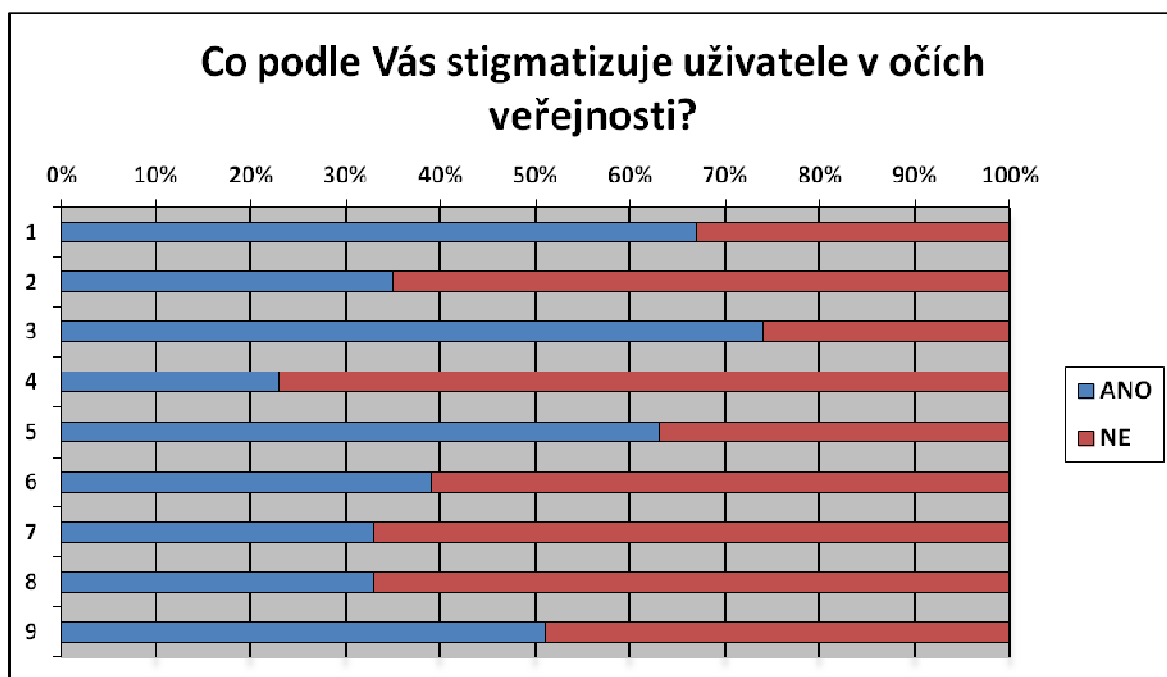
Velice zajímavé výsledky mohla přinést otázka, ve které zaměstnanci odpovídali na to, zda určité, mnou určené situace chování, mohou být stigmatizující pro uživatele v očích veřejnosti. Vybrala jsem celkem devět situací a požádala jsem pracovníky, aby u každé z nich označili dle svého názoru buď možnost, že dané chování může uživatele stigmatizovat, nebo že je v pořádku, tedy nestigmatizující.

Tabulka 11: Platnost tvrzení o stigmatizaci uživatelů v očích veřejnosti

	Co podle Vás stigmatizuje uživatele v očích veřejnosti?	absolutní četnost		celkem	relativní četnost %	
		ANO	NE		ANO	NE
1	používání kompenzačních pomůcek (invalidní vozík, berle) na veřejnosti	33	16	49	67	33
2	oslovování uživatelů zdrobnělinami, přezdívkami	17	32	49	35	65
3	doprovod uživatele zaměstnancem v pracovní uniformě	36	13	49	74	26
4	nemoderní, obnošené oblečení uživatelů	11	38	49	23	77
5	pohyb uživatelů ve skupině s doprovodem	31	18	49	63	37
6	placení útraty uživatele doprovázejícím pracovníkem	19	30	49	39	61
7	odpovídání zaměstnance na dotazy nebo oslovení místo uživatele	16	33	49	33	67
8	pomoc pracovníka s věcmi, které by uživatel zvládl sám	16	33	49	33	67
9	jednostranné tykání uživatelům ze strany doprovázejícího pracovníka	25	24	49	51	49

zdroj: Vlastní výzkum 2012

Graf 17: Platnost tvrzení o stigmatizaci uživatelů v očích veřejnosti



zdroj: Vlastní výzkum 2012

1) používání kompenzačních pomůcek (invalidní vozík, berle) na veřejnosti. 67% respondentů označilo toto jako stigmatizující, zatímco 33% se domnívá, že je to v pořádku. Obecně se dá říci, že používání kompenzačních pomůcek samotné stigmatizující není, ale spíše ne v souvislosti s tím, že se jedná o uživatele sociální služby,

- 2) oslovování uživatelů zdrobnělinami, přezdívkami. 35% respondentů si myslí, že se jedná o stigmatizující chování, zatímco 65% považuje takovýto způsob oslovování za adekvátní, nestigmatizující. V souladu se standardy kvality sociálních služeb a v souladu s praxí inspekcí je jednoznačně nedoporučeno používat při oslovování uživatelů přezdívky, nebo zdrobněliny jejich jmen, jedná-li se o dospělé osoby,
- 3) doprovod uživatele zaměstnancem v pracovní uniformě. 74% respondentů se domnívá v souladu s obecně panujícím přesvědčením, že doprovod uživatele pracovníkem v uniformním oblečení je stigmatizující. 26% respondentů se domnívá, že doprovod pracovníka v uniformním oblečení je v pořádku,
- 4) nemoderní, obnošené oblečení uživatelů. 23% respondentů se domnívá, že nošení nemoderního, obnošeného ošacení může stigmatizovat uživatele na veřejnosti, zatímco zbylých 77% to považuje za normální. Osobně se domnívám, že nošení nemoderního nebo obnošeného oblečení stigmatizující není, souhlasím tedy s většinou respondentů,
- 5) pohyb uživatelů ve skupině s doprovodem. 63% respondentů tento způsob pohybu považuje správně za stigmatizující, obzvláště pro dospělé osoby, 37% respondentů si myslí, že pohyb uživatelů ve skupině s doprovodem nenese žádné rysy stigmatizace,
- 6) placení útraty uživatele doprovázejícím pracovníkem. Tuto situaci vyhodnotilo 39% respondentů jako stigmatizující, zatímco 61% ji považuje za běžnou a v pořádku. Pokud se jedná o dospělé osoby schopné alespoň částečně manipulovat s penězi, je fakt, že za ně platí personál, jednoznačně považován za stigmatizaci,
- 7) odpovídání zaměstnance na dotazy nebo oslovení místo uživatele. 33% respondentů se domnívá, že se jedná o stigmatizaci, zbývajících 67% respondentů se domnívá, že pokud zaměstnanec odpovídá za uživatele, je to v pořádku. Tato situace, která je bohužel poměrně častou praxí, je jednou z nejvíce stigmatizujících záležitostí. Často se k ní přistupuje z důvodu úspory času a nezřídka je iniciována i chováním osoby, která rozhovor vede a místo na uživatele se obrací na doprovázející osobu,
- 8) pomoc pracovníka s věcmi, které by uživatel zvládl sám. 33% respondentů se domnívá, že pokud pracovník pomůže uživateli s činností, kterou je schopen zvládnout sám, že jej tím stigmatizuje. Naopak 67% respondentů se domnívá, že je to v pořádku. Možná více než stigmatizující je toto chování záměrně zneschopňující, nicméně obecně opět platí, že takováto pomoc nese rysy stigmatizace a je za ni proto považována,

9) jednostranné tykání uživatelům ze strany doprovázejícího pracovníka. V poslední situaci je rozložení názoru respondentů téměř dokonale vyvážené, protože 51% z nich se domnívá, že pokud doprovázející pracovník uživateli tyká, zatímco jím je mu vykáno, jedná se o stigmatizaci. 49% se domnívá, že je to v pořádku. Těžko bychom hledali signifikantnější příklad stigmatizace, než tuto situaci.

Obecně lze říci, že ve velké části zvolených příkladů pracovníci pochybili a jsem přesvědčena o tom, že je to výrazná škoda, chceme-li přispívat k tomu, aby veřejnost obecně nahlížela na uživatele sociálních služeb s menším despektem a shovívavostí, ale aby je brala jako svébytné lidi, kteří žijí svůj život.

### 5.1.3 Analýza dotazníkových položek pro venkovní sociální okolí

Jako poslední předkládám analýzu a vyhodnocení dotazníkových položek pro venkovní sociální okolí. Nejprve v Tabulce 11 uvádím počty lidí v blízkosti domova bydlící nebo pracující.

Tabulka 12: Zastoupení bydlících a pracujících v blízkosti Domova

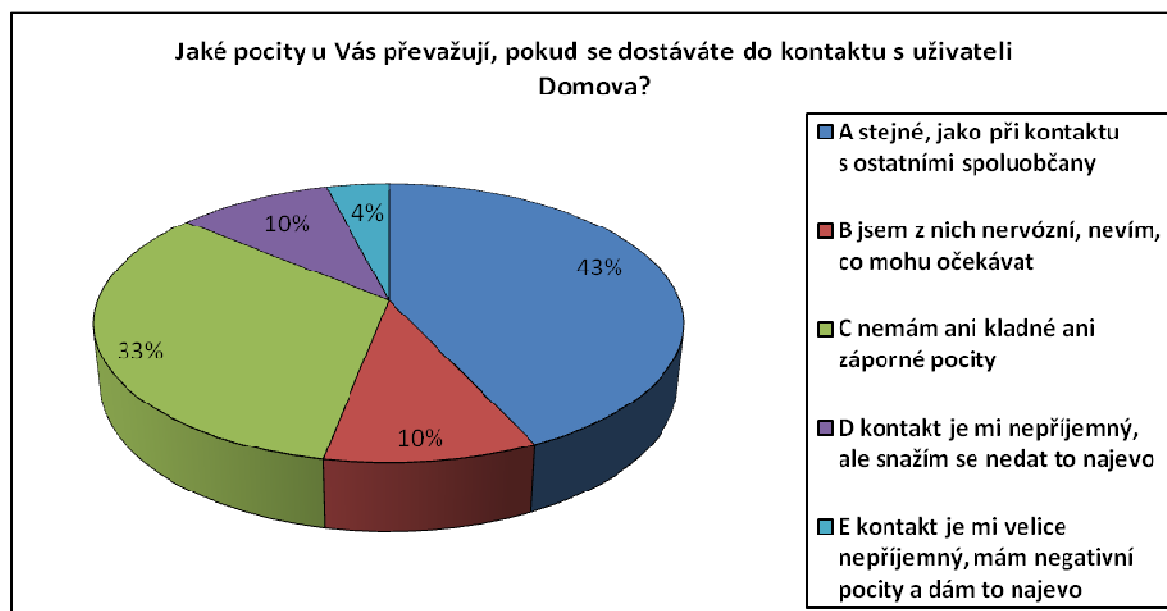
v okolí domova?	absolutní četnost	relativní četnost (%)
bydlím	34	81
pracuji	8	19
celkem	42	100

zdroj: Vlastní výzkum 2012

Zajímalo mě, jak jsou ve skupině respondentů ze sociálního okolí zastoupeni lidé, kteří v okolí Domova pracují, a kteří v jeho okolí žijí. 81% respondentů v okolí Domova žije, zatímco 19% zde pracuje. Tento výsledek je dán tím, že v mnou mapovaném okolí nejsou žádné větší firmy, nachází se zde pouze několik menších obchodů, služeb a restaurací.

První položka určená pro venkovní sociální okolí byla zaměřena na pocity osob, které díky umístění svého bydliště nebo pracoviště, se dostávají do kontaktu s uživateli Domova. Zajímalo mě, jaké pocity při tomto osobním kontaktu respondenti zažívají. Někomu by se mohlo zdát, že varianta odpovědi A (stejně, jako při kontaktu s ostatními spoluobčany) a odpovědi C (nemám ani kladné ani záporné pocity) je totožná, ale volila jsem tyto možnosti záměrně, aby byl jednoznačně patrný rozdíl mezi pocitem přijetí uživatele jako spoluobčana a pocitem lhostejnosti, nevšímavosti nebo pouhé tolerance.

Graf 18: Pocity z kontaktu s uživateli Domova

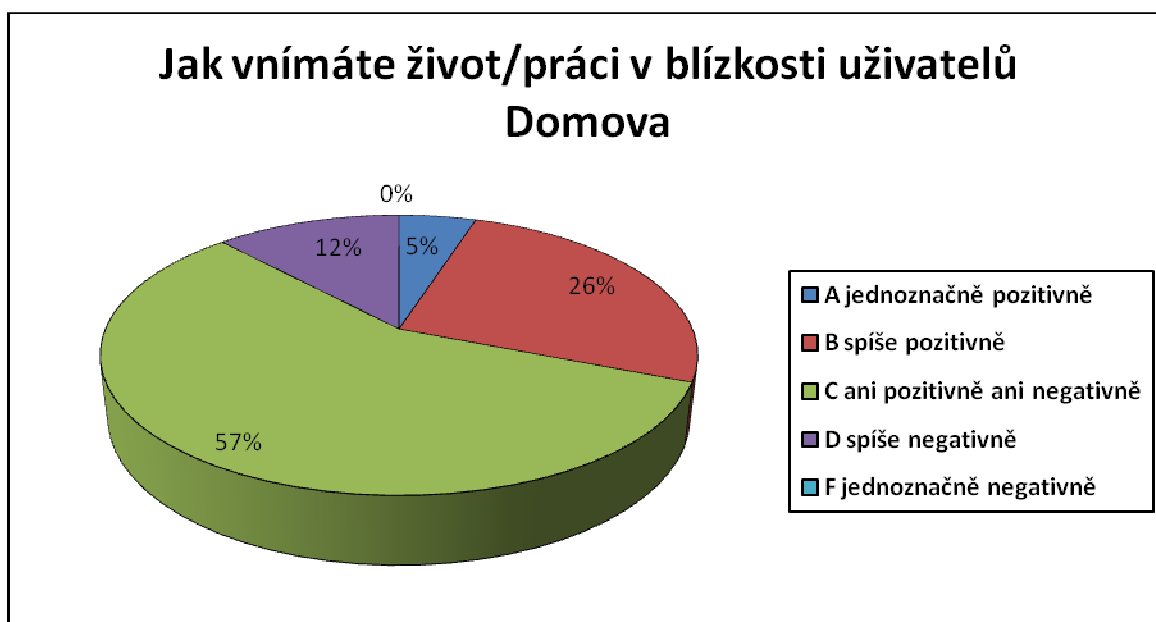


zdroj: Vlastní výzkum 2012

Odpovědi byly rozloženy do všech nabídnutých variant, přičemž největší podíl, celých 43% získala odpověď, že pocity při kontaktu s těmito lidmi mají respondenti stejné, jako při kontaktu s ostatními spoluobčany. Což považuji za dobrou zprávu, na které je možné dále stavět. Druhou, nejčastěji volenou odpovědí (celkem ji označilo 33% respondentů) byl neutrální postoj, kdy při kontaktu nepřevažují ani kladné, ani záporné pocity. 10% respondentů je z kontaktu s uživateli nervózní, protože neví, co od nich mohou očekávat a stejné množství, čili 10% respondentů se přiznalo, že kontakt je jim nepříjemný, ale že se tento pocit nesnaží dávat najevo. Pouhá 4%, což ale v praxi a v běžném životě není určitě zanedbatelné množství uvedlo, že kontakt s uživateli je jim nepříjemný a že své pocity dávají najevo. Domnívám se, že se touto otázkou potvrdilo, že ve společnosti jsou opravdu zastoupeny všechny možné postoje a stanoviska.

V logické návaznosti na předchozí otázku jsem do dotazníku pro sociální okolí včlenila i otázku, která zjišťovala, jak respondenti vnímají svůj život, případně svou práci v blízkosti uživatelů Domova. Otázka zaměřená spíše na životní prostor sousedící s prostorem života uživatelů Domova. Společně se slovním hodnocením předkládám i grafické znázornění výsledků. Stejně, jako v předchozím případě, i zde využili respondenti všechny nabídnuté odpovědi. Největší část z nich, konkrétně 57% uvedlo, že život, resp. práci v blízkosti uživatelů nevnímají ani pozitivně ani negativně, což relativně koresponduje s odpověďmi na předchozí otázku.

Graf 19: Vnímání života/práce v blízkosti uživatelů Domova

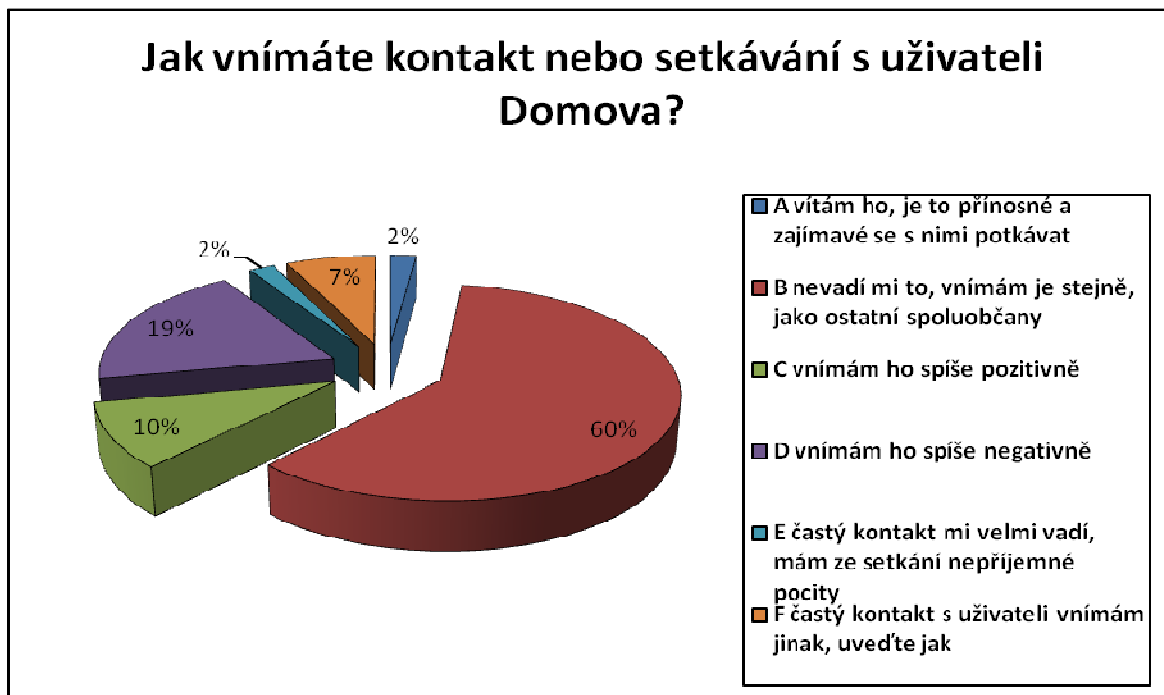


zdroj: Vlastní výzkum 2012

Spíše negativně svůj život, práci v jejich blízkosti hodnotí 12%, což je velmi blízko 14% procentům respondentů, kteří vnímali negativně kontakt s uživateli v předchozí otázce. Pozitivně, z toho dokonce jednoznačně pozitivně vnímá život v blízkosti uživatelů 5% respondentů a spíše pozitivně potom 26% respondentů. Dle zjištěných a vzájemně porovnaných výsledků se domnívám, že tato a předchozí otázka poskytly relevantní obraz o tom, jak vnímají respondenti z řad sociálního okolí Domova život v okolí zařízení a kontakt s uživateli, ke kterému dochází.

Ještě jednu otázku jsem věnovala setkávání respondentů s uživateli. Její výsledky potvrzují zjištění uvedená v Grafu 20. Převážná většina respondentů, 60% uvádí, že jim kontakt nevádí, že je to stejné jako s ostatními spoluobčany. Dalších 10% respondentů uvádí, že jej vnímají spíše pozitivně a 2% dokonce tvrdí, že jej vítají, protože je přínosné a zajímavé se s těmito lidmi potkávat. Souhrnem v různých variantách negativních odpovědí se sešlo 28% respondentů. Největší podíl z nich, 19% respondentů kontakt s uživateli vnímá spíše negativně, 2% respondentů dokonce velmi vadí a mají ze setkání nepříjemné pocity. 7%, konkrétně tři respondenti, označilo, že častý kontakt s uživateli vnímají jinak. Jeden uvedl, že si jich vůbec nevšimá a druhý volnou formou odpovědi zkonstatoval, že uživatelé jsou taky lidi, ale někdy je kontakt s nimi nepříjemný. Poslední v této skupině slovní odpověď nedoplnil.

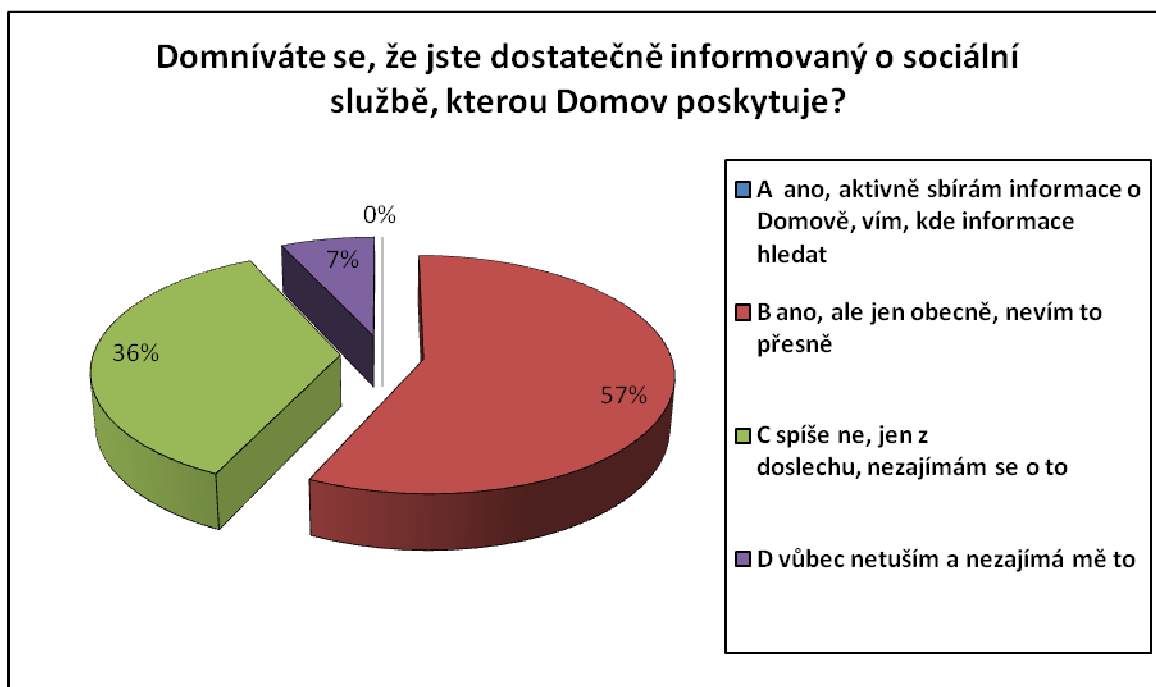
Graf 20: Vnímání kontaktu a setkávání s uživateli Domova



zdroj: Vlastní výzkum 2012

Odpovědi na další otázku považuji za hodně zajímavé a v podstatě charakterizující postoj sociálního okolí k zařízení jako takovému. Zjišťovala jsem, zda jsou respondenti dostatečně informovaní o sociální službě, kterou Domov poskytuje.

Graf 21: Informovanost sociálního okolí o sociální službě, kterou Domov poskytuje

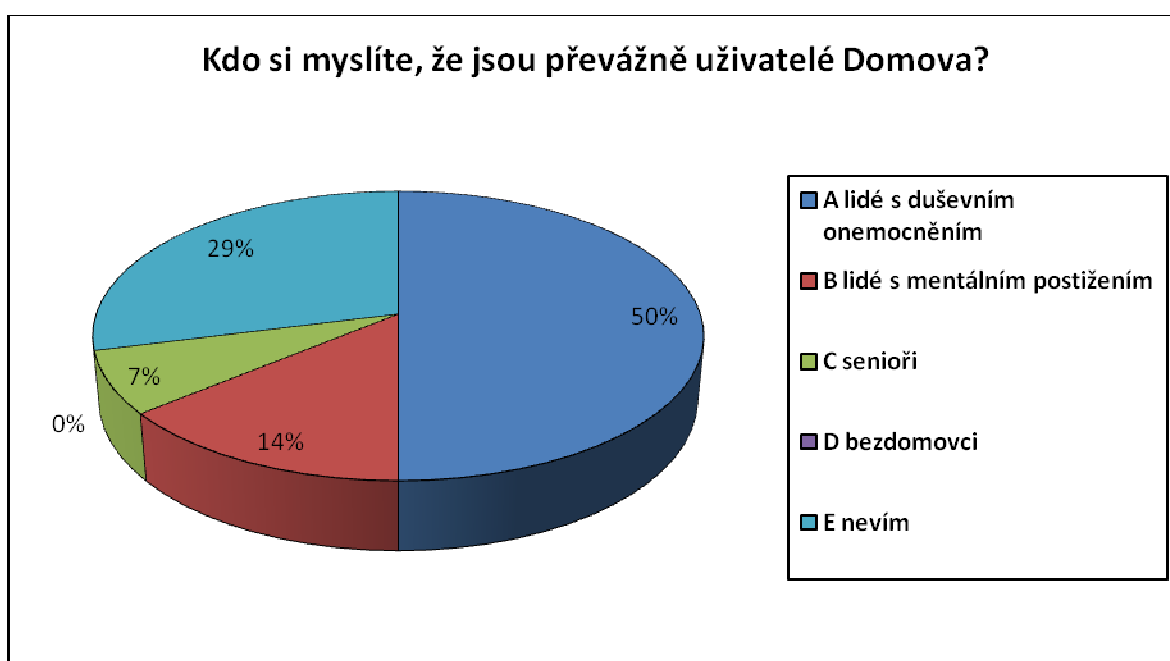


zdroj: Vlastní výzkum 2012

Rozebereme-li podrobněji jednotlivé odpovědi, vyjde nám, že největší část respondentů, celých 57% sice uvádí, že mají dostatek informací o sociální službě, ale přesně neví. Pokud další dvě skupiny respondentů shrneme, zjistíme že 43% ví jen z doslechu, nebo vůbec netuší, ale shodně se o to vůbec nezajímají. Z těchto 43% celých 7% je naprosto pasivních a dle jejich postoje to vypadá, že přítomnost Domova ve svém sousedství vůbec nezaznamenali, nebo mu nepřikládají význam.

S předchozí položkou souvisí i další otázka v dotazníku. Otázka zjišťující, nakolik veřejnost zná skutečné složení uživatelů Domova, tedy cílovou skupinu.

Graf 22: Znalost cílové skupiny Domova



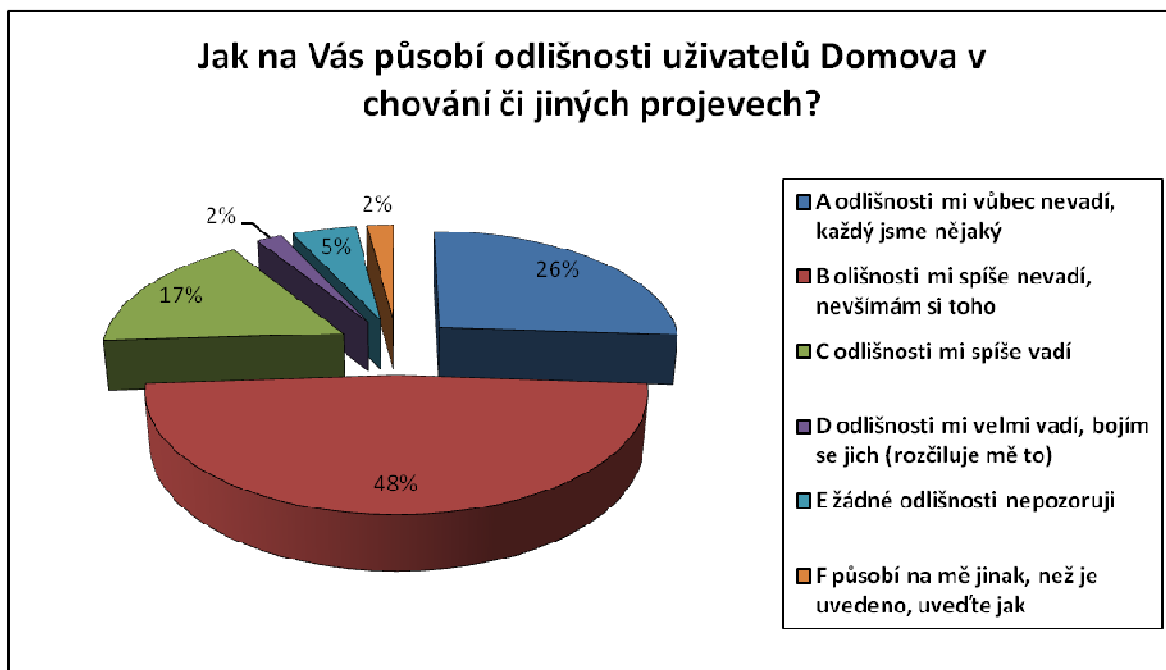
zdroj: Vlastní výzkum 2012

Procentuální zastoupení odpovědí, že se jedná o lidi s duševním onemocněním, mohlo ovlivnit celkové vyznění dotazníku, nicméně se jedná o převažující odpověď, kterou zvolilo rovných 50% respondentů. Mezi odpověďmi se objevili i lidé s mentálním postižením (14%), senioři (7%). Žádný z respondentů si nemyslí, že by Domov poskytoval služby bezdomovcům, nicméně 29% respondentů, což je dle mého názoru poměrně velká část přiznává, že neví, komu Domov svou službu poskytuje. Nemohu nevzpomenout výsledky uvedené v grafu 11 a domnívám se, že větší otevřenost zařízení vůči veřejnosti by dokázala snížit tuto neznalost.



Poslední otázkou jsem zjišťovala názor respondentů ze sociálního okolí na toleranci k různým odlišnostem, kterými se mohou lidé s duševním onemocněním projevovat.

Graf 23: Vnímání odlišností uživatelů Domova v chování či jiných projevech



zdroj: Vlastní výzkum 2012

Různé odlišnosti v chování či jiných projevech spíše nevadí 48% respondentů, a že si odlišností nevšímají. 26% respondentů se domnívá, že každý jsme nějaký, tudíž jim odlišnosti nevadí vůbec. 5% respondentů žádné odlišnosti nevidí, nevnímá nebo tyto odlišnosti považuje za normální. První negativní ohlasy se objevují u 17% respondentů, kterým odlišnosti spíše vadí a gradují u 2% respondentů, kterým odlišnosti vadí velmi, bojí se jich nebo je rozčilují. 2% respondentů uvedla, že odlišnosti na ně působí jinak, ale nedoplnili žádný slovní komentář.

## 5.2 Vyhodnocení výsledků výzkumu

Všechny položky v dotazníku pro zaměstnance i sociální okolí byly zaměřeny na některou ze stanovených výzkumných otázek. Doplňující položky pak zjišťovaly demografické údaje o respondentech. Nejvíce otázek směřovalo k tomu, jak vnímají zaměstnanci i lidé v nejbližším okolí zařízení uživatele sociální služby. Tato dílčí výzkumná otázka byla společná u obou skupin respondentů a zároveň stěžejní pro celkový cíl výzkumu.

Z celkového počtu respondentů mezi zaměstnanci je jich nejvíce zaměstnáno v přímé péči o uživatele, velké procento tvoří i zaměstnanci, kteří zabezpečují provozně technické fungování služby. Další početně nejvíce zastoupenou skupinou jsou zdravotní sestry. Délka praxe v zařízení je velmi různá, ale převažuje skupina, která zde pracuje méně než 5 let nebo 6 až 11 let. Co se týče věku, je překvapivým zjištěním, že nejvíce zaměstnanců je ve věkové skupině 41 až 50 let a žádný zaměstnanec není mladší než 27 let. Překvapivá na druhé straně není skutečnost, že 94% zaměstnanců tvoří ženy. Odpovědi na jednotlivé dílčí výzkumné otázky zaměřené na zaměstnance zní:

1. Z výsledků výzkumu je patrné, že většina respondentů vnímá uživatele Domova jako nemocné lidi, kterým je třeba pomoci. Z toho také vyplývá jejich postoj k nim, který je založený spíše na péči o jejich zdraví a fyziologické potřeby, než na partnerském přístupu a snaze pomoci jim z nepříznivé životní situace. Většině zaměstnanců záleží na tom, aby v rámci svých pracovních kompetencí zkvalitnili život uživatelům, ale snaží se nespojovat svou práci a osudy uživatelů se svým soukromým životem. Přesto pracovní setkávání s uživateli vnímají spíše pozitivně nebo neutrálně a nejsou zásadně ani pro krátkodobé mimopracovní setkávání, ovšem to nevyhledávají. Kladně se staví i k možnosti stát se spolupracovníkem uživatele, necítí tedy nadřazenost své pozice nad uživateli. Nejvíce respondentů si utváří svůj názor na uživatele z vlastní zkušenosti či ze zkušenosti kolegů a domnívají se, že spíše nejsou ovlivněni předsudky. Co se týče pocitů při práci s uživateli, převažuje u nich pocit z dobře vykonané práce.
2. U zaměstnanců převažuje kladný postoj k začleňování uživatelů do běžného společenského prostředí. S tím souvisí i skutečnost, že považují za přínosnou větší prezentaci a otevřenost Domova k veřejnosti a uvítali by ji. Rovněž víc než polovina respondentů nevdá pohyb uživatelů mimo zařízení bez doprovodu a 33% ho vítá a považuje za dobré pro uživatele. Respondenti také spíše souhlasí s tím, aby společnost vytvářela podmínky pro to, aby mohli uživatelé pracovat a dokonce víc než polovina to považuje za důležité pro uživatele i společnost. Naproti tomu se zakládáním rodin uživateli víc než polovina respondentů spíše nesouhlasí a 25% rozhodně nesouhlasí. Ani jeden zaměstnanec se nevyjádřil kladně.
3. Konkrétní představa o tom, jakým způsobem může docházet ke stigmatizaci a negativnímu hodnocení uživatelů v očích veřejnosti a jakým způsobem ji mohou za-

městnanci zmírnit nebo zabránit většině chybí nebo je jejich představa nepřesná. Největší počet zaměstnanců považuje jako nejvíc stigmatizující odlišnost v chování, menší skupina pak to, že jdou uživatelé ve skupině s doprovodem a rovněž odlišný způsob jejich komunikace. Ve výčtu situací, které by mohly uživatele stigmatizovat, se většina přiklání k názoru, že je to doprovod uživatele zaměstnancem zařízení v pracovní uniformě. Ale kupodivu jako stigmatizující rovněž považují používání kompenzačních pomůcek, což uvedli jako jednu z dalších hlavních stigmatizujících situací. Překvapivé je rovněž zjištění, že 55% zaměstnanců se domnívá, že nemohou ovlivnit to, jak jsou uživatelé vnímáni veřejností.

Z celkového počtu respondentů ze sociálního okolí převažovaly ženy, což nesevřčí o rozložení sociálního okolí, ale spíše o větší ochotě žen účastnit se výzkumu. Nejčastěji respondenti uváděli, že patří do věkové kategorie 46-60 let a dále 27-45 let. Většina respondentů v okolí zařízení bydlí, pouze 8 jich zde pracuje. Při analýze nebyly zjištěny žádné podstatné rozdíly v odpovědích mezi těmi, kteří zde bydlí a těmi, jež zde pracují. Odpovědi na jednotlivé výzkumné otázky u sociálního okolí zní:

1. Vnímání sociálního okolí uživatelů Domova není ani výrazně negativní ani výrazně pozitivní. Uživatelé jsou převážně vnímáni jako nemocní lidé, kterým je třeba pomoci a další početnější skupinu tvoří ti, kteří je vnímají jako lidi v těžké životní situaci. Kontakt s uživateli vnímají nejčastěji stejně jako s ostatními spoluobčany nebo neutrálně, stejně tak život či práci v blízkosti Domova. Pocity, které u nich převažují při kontaktu s uživateli, nejsou ani kladné ani záporné, jen u menší skupiny respondentů se objevuje nervozita z toho, co od nich mohou čekat. S tím také souvisí skutečnost, že většině respondentů odlišnosti v chování či jiných projevech uživatelů spíše nevadí. Většina respondentů uvádí, že pohyb uživatelů mimo zařízení bez doprovodu jim nevadí, o něco menší skupina uvádí, že ho hodnotí dokonce kladně. Ani uživatel jako spolupracovník by většině respondentů naprosto nevadil. Také si myslí, že by společnost měla vytvářet podmínky pro zaměstnávání uživatelů. Co se týče zakládání rodin, zde tak tolerantní přístup chybí. Většina respondentů s tím spíše nesouhlasí nebo neumí posoudit.
2. Většina respondentů se domnívá, že informace o Domově mají, ale jen obecné, neurčité, nepřesné, z doslechu. Někteří ale uvádí, že vůbec netuší, jakou službu a komu Domov poskytuje. Mezi variantami odpovědí se vyskytuje i skupina mentálně po-

stižení nebo senioři. Z odpovědí také vyplývá, že až 64% respondentů by spíše uvítalo větší prezentaci a otevřenost Domova k veřejnosti.

3. Respondenti ze sociálního okolí považují za nejdůležitější při vytváření názorů na uživatele Domova své vlastní zkušenosti nebo zkušenosti svých známých a přátel. Více než polovina odmítá možnost, že by jejich vnímání bylo ovlivněno předsudky. Základním znakem, podle kterého sociální okolí může poznat, že se setkali s uživatelem domova, je to, že jde ve skupině s doprovodem zaměstnance a dále jeho chování. Objevuje se ovšem i názor, a to u čtyř respondentů, že pokud nejde uživatel s doprovodem, vůbec nepoznají, že se jedná o uživatele sociální služby.

### 5.2.1 Shrnutí výsledků výzkumu

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaké je vnímání uživatelů domova se zvláštním režimem zaměstnanci služby a nejbližším sociálním okolím. Prostřednictvím popisného kvantitativního výzkumu technikou dotazníku jsem zjišťovala toto vnímání a srovnávala jsem obě výzkumné skupiny respondentů. Z výzkumu vyplývá, že sociálnímu okolí chybí dostatek informací o uživatelích Domova i o službě jako takové, tudíž mají k uživatelům velmi rezervovaný nebo neutrální postoj, v zásadě je však většinou nevnímají negativně a nevadí jim jejich integrace do společnosti. Také jejich tolerance k odchylkám od toho, co širší společnost považuje za normu, je poměrně vysoká.

Dále z výzkumu vyplývá, že zaměstnanci vnímají většinou uživatele kladně, ale převažuje u nich pečovatelský postoj k uživatelům založený spíše na zdravotních aspektech. Nezanedbatelný je počet zaměstnanců, kteří si neuvědomují, že svým postojem a chováním k uživatelům mohou přispívat k jejich stigmatizaci a vnímají rozdílně situace, které by mohly uživatele stigmatizovat, než sociální okolí. Většina zaměstnanců souhlasí s integrací uživatelů do běžné společnosti, stejně, jako sociální okolí. Z výsledků výzkumu vyplynula některá doporučení pro management zařízení i pro samotné zaměstnance, která by mohla přispět ke zkvalitnění poskytované sociální služby a k zvýšení informovanosti a přiblížení Domova sociálnímu okolí.

## 5.3 Doporučení pro praxi

Na základě zjištěných skutečností jsem sestavila několik základních doporučení:

- Průběžně a soustavně vzdělávat zaměstnance, a to nejen v přímé péči, na téma předsudků, které jsou ve společnosti rozšířeny o lidech s duševním onemocněním či uživatelích sociální služby a uvádět tato tvrzení na pravou míru v obecném povědomí zaměstnanců.
- V průběhu zaškolování nového pracovníka dbát o přísun dostatečného množství informací na téma předsudků a to nejen od kolegů, ale především od vedoucího pracovníka, který by měl zajistit i zpětnou vazbu, to znamená zjistit oblasti, které novému pracovníkovi nejsou jasné.
- Vytvořit vnitřní pravidla pro ochranu uživatelů před předsudky, negativním hodnocením a stigmatizací s výčtem možných situací, které by mohly uživatele stigmatizovat v důsledku poskytování sociální služby.
- Zajistit interní proškolení zaměstnanců na téma stigmatizace uživatelů služby, případně zajistit vzdělávací akce tzv. „na klíč“ (dle jasné a konkrétní objednávky zadavatele), kterou by pro zaměstnance zařízení vytvořila externí vzdělávací agentura.
- Zajistit supervize, při které by se supervidovala poskytovaná sociální služba externím odborníkem se zaměřením na ochranu práv uživatelů.
- Zajistit menší skupiny při vycházkách mimo zařízení. Ideálně jeden zaměstnanec s jedním, dvěma, maximálně třemi uživateli.
- Vícečetné skupiny, které jdou mimo zařízení, rozdělit na menší s jedním doprovodem z řad zaměstnanců.
- Koordinačně zajistit fungování dobrovolnické služby, zajistit nutnou propagaci v oblasti dobrovolnictví.
- Zapojit dobrovolníky, kteří by mohli vykonávat doprovod jednotlivým uživatelům a pomoci při využívání vnějších služeb.
- Zrevidovat schopnosti uživatelů ve směru samostatných vycházek.
- Zapojit do samostatných vycházek co nejvíce těch uživatelů, kteří jsou toho schopni a kde je přiměřené riziko zvládnutí této situace.
- Využít možnosti individuálního plánování v oblasti samostatných vycházek uživatelů a nácviku možných situací provázejících samostatný pohyb mimo zařízení.

- Sestavit postupy, které by umožňovaly nácvik samostatných vycházek a kontrolu jejich zvládnutí uživatelem bez nepřiměřeného rizika, průběžně zajišťovat kontrolu zvládnutí, pružně reagovat na změny v zdravotním stavu uživatele.
- Motivovat zaměstnance i uživatele k naplňování a využívání práv, které s volným pohybem souvisí. Zmapovat potřeby a přání uživatelů v této oblasti.
- V rámci individuálního plánování zvyšovat kompetence uživatelů potřebné ke zvládnutí situací v běžném sociálním prostředí, pomáhat s adaptací na podmínky v běžném prostředí.
- Motivovat a naučit uživatele využívat v co největší míře externí zdroje, tedy služby mimo zařízení.
- Průběžně informovat veřejnost o akcích pořádaných v Domově, zapojit místní média – regionální tisk, rádio, televizi.
- Ve větší míře pořádat akce propagující službu, účastnit se aktivně akcí, které pořádá město či jiná organizace, nabízet externí přednášející z řad zaměstnanců při různých vhodných besedách pořádaných pro veřejnost či zájmové skupiny.
- Motivovat uživatele, aby se sami zapojili do propagace služby, kterou využívají, zapojit rodinné příslušníky.
- Zajistit propagační materiály o Domově na veřejně dostupných místech jako jsou úřady, lékaři, jiné sociální služby.
- Promyšlenou a organizačně zajištěnou prezentací Domova ve dnech otevřených dveří přilákat co nejvíce lidí ze sociálního okolí a nabídnout jim interní pohled do života uživatelů v rámci zachování soukromí uživatelů.

## ZÁVĚR

Stěžejním tématem diplomové práce byla problematika sociálního postavení osob s duševním onemocněním a jejich vnímání sociálním okolím v souvislosti s využíváním pobytové sociální služby domov se zvláštním režimem. Toto téma je poměrně obsáhlé, složité a v povědomí široké společnosti zatím příliš nediskutované. Osoby s duševním onemocněním, jejich kvalita života a práva účastnit se na kulturních, společenských i hmotných výdobytcích státu jsou prozatím stále v pozadí zájmu široké veřejnosti, i když se již objevují a nutno říct, že stále častěji a důrazněji, hlasy z řad odborníků, samotných nemocných a jejich rodinných příslušníků prosazující změnu. Sociální okolí v blízkosti osob s duševním onemocněním vytváří prostředí života těchto osob, ve kterém naplňují své potřeby a uplatňují svá práva. Přijmutí, nebo odmítnutí sociálním okolím, znamená pro člověka s duševním onemocněním důležitý faktor při budování jeho sociální identity, zakotvení v jistotách, které díky svému onemocnění ztratil. Každodenní interakce a to, jakým způsobem a s kým probíhají, mají zásadní vliv na kvalitu života člověka s duševním onemocněním.

Z výše uvedených důvodů jsem se zaměřila na nejbližší sociální okolí uživatelů služby určené pro osoby s duševním onemocněním. Jak jsem se pokusila přiblížit v teoretické části, ve společnosti panují mnohé mýty, předsudky v souvislosti s osobami s duševním onemocněním, které jsou posíleny skutečností, že takový člověk využívá pobytovou sociální službu. O to víc dochází k izolaci těchto lidí od sociálního okolí a zpětná reakce pak bývá odmítavá, lhostejná nebo negativní. Velký vliv na vytváření obrazu člověka, využívajícího službu domov se zvláštním režimem, mají logicky také zaměstnanci této služby a závisí i na jejich přístupu, zda člověka s duševním onemocněním sociální okolí přijme, integruje ho nebo odmítne, izoluje a diskriminuje. Všechny tyto souvislosti jsem popsala v teoretické části a v praktické jsem se zaměřila na konkrétní zkoumání sociálního okolí typického domova se zvláštním režimem a jeho zaměstnanců. Kvantitativním výzkumem s využitím dotazníku jsem zjistila několik zajímavých a pro mě i překvapivých informací. Hlavním zjištěním pro mne bylo, že sociální okolí vnímá uživatele služby poměrně kladně, či neutrálně. Nejsou tedy tendence k izolaci, diskriminaci a předsudečnému chování sociálního okolí, tudíž jsou dány příznivé podmínky k integraci uživatelů do běžného společenského prostředí v dané lokalitě. Což také nabízí mnoho možností ke zkvalitňování jejich života. Dalším důležitým prvkem je skutečnost, že sociální okolí nemá příliš informací o službě,

která se nachází v blízkosti jejich bydliště či pracoviště, ale na druhou stranu poměrně velká část jich má zájem tyto informace dostat, nebrání se větší otevřenosti zařízení vůči okolí a přivítala by dokonce, aby celá společnost byla více nakloněna speciálním potřebám osob s duševním onemocněním. Druhým základním zjištěním bylo, že zaměstnanci v rámci svých pracovních povinností mají většinou velmi kladný a pozitivní přístup k uživatelům i k práci, kterou vykonávají, většina jich chápe důležitost integrace uživatelů do běžné společnosti, ale mnozí neví, jak by k tomu mohli přispět. Alarmující pro mě bylo zjištění, že velká většina zaměstnanců považuje některé chování a přístupy k uživatelům za zcela běžné a nechápe, že by mohly být v očích veřejnosti pro uživatele stigmatizující. Právě na uvedené nedostatky jsem se zaměřila v konkrétních doporučeních pro management zařízení.

Závěrem chci poznamenat, že mnou prováděný výzkum v zařízení mohl vykazovat určité nedostatky jak v oblasti sestavování otázek do dotazníku, tak v míře objektivnosti jejich interpretace. Důvodem je skutečnost, že v zařízení pracuji několik let a zaměřila jsem se proto především na oblasti, ve kterých já osobně vnímám nedostatky s cílem zkvalitnit danou službu a především prosazovat práva uživatelů v oblasti integrace do společnosti a normality jejich „ústavního“ života. Dalším nedostatkem, kterého jsem si vědoma, je poměrně malé množství dotazníků shromážděných ze sociálního okolí. Přestože byl dotazník anonymní, osobně administrovaný, nepodařilo se mi přesvědčit respondenty, aby se na výzkumu podíleli.

Výsledky svého výzkumu budu interpretovat kompetentním vedoucím pracovníkům zařízení, neboť se domnívám, že by mohly přispět k realizaci konkrétních cílů při zkvalitňování poskytované služby.



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BAŠTECKÝ, Jaroslav, Quido KÜMPEL, Miloš VOJTĚCHOVSKÝ a kol., 1994. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-070-8.
- [2] ČAPZ. Květnová deklarace 2003. *Ppzdravi.cz* [online]. © 2008 [cit. 2012-03-04]. Dostupné z: <http://vida.ppzdravi.cz/dokumenty-k-dusevniimu-zdravi/>.
- [3] ČERNOUŠEK, Michal, 1994. *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha: Grada Avicenum. ISBN 80-7169-086-4.
- [4] Česko. Zákon č. 94/1963 Sb. O rodině. *Mvrc.cz* [online] [cit. 2012-03-06]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>.
- [5] Česko. Zákon ČNR č. 86/1992 Sb. Zákon o péči o zdraví lidu. *Mvcr.cz* [online] [cit. 2012-03-06]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=1992&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=12>.
- [6] Česko. Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. In *Úplné znění*. 2008. Ostrava: Sagit. ISBN 978-80-7208-658-0.
- [7] ČEŠKOVÁ, Eva, 2008. U řady duševně nemocných můžeme dosáhnout návratu do běžného života. *Sociální práce: časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*. 2008, roč. 2008, č. 1, s. 23- 24. ISSN 1213-6204.
- [8] DISMAN, Miroslav, 2007. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele* 3.vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0139-7.
- [9] DURAJOVÁ, Zuzana. Evropský soud pro lidská práva prolomil tabu: Lidé s postižením mají právo volit! In: *Llp.cz* [online] 21-07-2010 [cit. 2012-03-08]. Dostupné z: <http://www.llp.cz/cz/tiskove-zpravy/evropsky-soud-pro-lidska-prava-prolomil-tabu-lide-s-postizenim-maji-pravo-volit--z415>.
- [10] DUŠEJ Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2005. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0198-9.
- [11] DYREHAUGE, Leona, 2010. 13 mýtů o schizofrenii. In: *Psychologie* [online]. 2010-10-06 [cit. 2012-02-14]. Dostupné z: <http://psychologie.cz/13-mytu-o-schizofrenii/>.

- [12] *ESPRIT: časopis pro všechny, kterým duševní strasti nejsou lhostejné*. Praha: Ahomi, 2008, roč. XIII., č. 7-8. ISSN 1214-2123.
- [13] FOUCAULT, Michel, 1994. *Dějiny šílenství: Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 80-7106-085-2.
- [14] FOUCAULT, Michel, 1971. *Psychologie a duševní nemoc*. Praha: Horizont. ISBN 40-007-71.
- [15] GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.
- [16] GOFFMAN, Erving. The Characteristics of Total Institutions. In: *Markfos-tr.net* [online] [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <http://www.markfoster.net/neurelitisim/totalinstitutions.pdf>.
- [17] GOFFMAN, Erving, 1999. *Všichni hrajeme divadlo: Sebe prezentace v každodenním životě*. Praha: Nakladatelství Studia Ypsilon. ISBN 80-902482-4-1.
- [18] GOFFMAN, Erving, 2003. *Stigma: Poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Praha: Slon. ISBN 80-86429-21-0.
- [19] HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- [20] CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [21] Informační leták Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví. In: *Stopstigma-psychiatrie.cz* [online]. 2008 [cit. 2012-02-010]. Dostupné z: <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/poster-destigmatizace.pdf>.
- [22] JANDOUREK, Jan, 2007. *Sociologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-269-0.
- [23] JANÍČEK, Jeroným. Stigmatizace nemocných trpících bolestmi duše. XXIX. Konference sociální psychiatrie. In: *Jeronymjanicek.cz* [online]. 2007-01-03 [cit. 2012-02-06]. Dostupné z <http://www.jeronymjanicek.cz/texty/konference/stigmatizace-trpicich-bolestmi-duse/#more-127>.

- [24] JANÍK, Aloiz, 1987. *Veřejnost a duševně nemocný*. Praha: Avicenum. ISBN 08-073-87.
- [25] JANOUŠKOVÁ, Klára ed., 2007. *Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách*. Ostrava: Ostravská univerzita, zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7368-229-3.
- [26] JAROLÍMEK, Martin. Předsudky vůči schizofrenii. In: *Fokuslabe.cz* [online]. 2008 [cit. 2012-02-12]. Dostupné z: <http://www.fokuslabe.cz/dusevni-onemocneni/predsudky/>.
- [27] JŮN, Hynek, 2010. *Moc, pomoc a bezmoc v pomáhajících profesích a ve zdravotnictví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-590-5.
- [28] KELLER, Jan, 1996. *Sociologie, byrokracie a organizace*. Praha: Slon. ISBN 80-85850-15-X.
- [29] KELLER, Jan, 2006. *Úvod do sociologie*. 5. vyd. Praha: Slon. ISBN 80-86429-39-3.
- [30] KRATOCHVÍL, Stanislav, 2006. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-122-0.
- [31] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2003. *Psychologie zdraví*. 2.vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-774-4.
- [32] LIBIGER, Jan. Stigma duševního onemocnění. *Psychiatri: Časopis pro moderní psychiatrii*. Praha: Tigis, 2001, roč. 5, č. 1, s. 38-40 [cit. 2012-02-18]. Dostupné z: <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2001/01/08libige.pdf>.
- [33] MÁHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ a kol., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praga: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [34] MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [35] MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
- [36] MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2007. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.

[37] MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ (eds.), 2005. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

[38] MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.

[39] MATOUŠEK, Oldřich, 1995. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-85850-08-7.

[40] MICHALÍK, Jan, 2007. *Metodika přípravy poradců uživatelů sociálních služeb*. Praha: NRZP. ISBN 80-903657-2-8.

[41] MICHALÍK, Jan a kol, 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.

[42] MOTEJL, Otakar-Veřejný ochránce práv. Zpráva z návštěv psychiatrických léčeben, září 2008. In: *Ochrance.cz* [online] 2008 [cit. 2012-03-06]. Dostupné z: [http://www.ochrance.cz/fileadmin/user\\_upload/ochrana\\_osob/2008/SZ\\_psychie\\_08.pdf](http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/2008/SZ_psychie_08.pdf).

[43] MPSV ČR. Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče. *Mpsv.cz* [online] 2009-05 [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny\\_postup\\_3\\_2009.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny_postup_3_2009.pdf)

[44] MPSV ČR. *Standardy kvality sociálních služeb: Výkladový sborník pro poskytovatele*. Praha: Tigis, 2008.

[45] MPSV ČR. Registr poskytovatelů sociálních služeb ČR. *Mpsv.cz* [online]. © 2006-2012 [cit. 2012-03-15]. Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION\\_ID=1331992054607\\_13](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1331992054607_13).

[46] Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. Transformace sociálních služeb pro lidi s postižením. *Trass.cz* [online]. 2012-02-28 [cit. 2012-03-23]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/>.

[47] Národní rada osob se zdravotním postižením. Ochrana duševního zdraví občanů ČR. *Skok* [online]. 2009, roč. 10, č. 4 [cit. 2012-03-09]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/dokumenty/skok/2009skok04.pdf>.

[48] NOVOSAD, Libor, 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.

[49] PRAŠKO, Ján. Stigmatizace u „psychogenních poruch“. *Psychiatrie: Časopis pro moderní psychiatrii*. Praha: Tigis, 2001, roč. 5, č. 1, s. 32-37 [cit. 2012-02-18]. Dostupné z <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2001/01/07prasko.pdf>.

[50] RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ et al., 2001. *Psychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-140-8.

[51] RIPOVÁ, Lucie. Ochrana práv duševně nemocných v České republice z perspektivy Světové zdravotnické organizace. In: *Medispot.cz* [online]. 2006-12-15 [cit. 2012-02-19]. Dostupné z: [http://www.medispot.cz/User\\_data/Media/Original/VIDA/deklarace5.pdf](http://www.medispot.cz/User_data/Media/Original/VIDA/deklarace5.pdf).

[52] SOBEK, Jiří a kol., 2007. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením: Příručka pro zaměstnance sociálních služeb*. Praha: Portus. ISBN 978-80-239-9400-1.

[53] STYX, Petr, 2003. *O Psychiatrii: Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer press. ISBN 80-7226-828-7.

[54] Světová federace pro duševní zdraví. Deklarace lidských práv a duševního zdraví. *Swab.cz* [online]. 1989 [cit. 2012-03-06]. Dostupné z: [http://capz-esprit.swab.cz/prispevky/dokumenty/deklar\\_prava\\_dusev\\_nemoc.html](http://capz-esprit.swab.cz/prispevky/dokumenty/deklar_prava_dusev_nemoc.html).

[55] ŠUPA, Jiří. Expertíza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“. In: *Minbrno.cz* [online]. 2006-08 [cit. 2012-02-08]. Dostupné z: <http://www.min.brno.cz/toCP1250/download/osp/1197449363.doc>.

[56] ÚZIS ČR. Psychiatrická péče 2010. *Uzis.cz* [online]. 2011-07-12 [cit. 2012-03-15]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pecce-2010>.

[57] VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. 2.vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-496-6.

[58] VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

- [59] VÁVROVÁ, Soňa. Kontext transformace pobytových sociálních služeb. Zlín: FHS UTB, 2009. ISBN 978-80-7318-869-6. In: *Mpsv.cz* [online]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z:  
[http://www.mpsv.cz/files/clanky/8679/Kontext\\_transformace\\_pobytovych\\_socialnich\\_sluzeb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/8679/Kontext_transformace_pobytovych_socialnich_sluzeb.pdf).
- [60] WENIGOVÁ, Barbora. Komunikace a vztah s duševně nemocným pacientem. In: *Cmhcd.cz* [online]. 2008 [cit. 2012-02-06]. Dostupné z:  
[http://www.cmhcd.cz/dokumenty/brozury/amepra\\_brozura\\_02.pdf](http://www.cmhcd.cz/dokumenty/brozury/amepra_brozura_02.pdf).
- [61] WENIGOVÁ, Barbora. Stigma a duševní poruchy. In: *Stopstigmapsychiatrie.cz* [online]. 2006 [cit. 2012-03-04]. Dostupné z:  
[http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/aktual\\_poruchy.html](http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/aktual_poruchy.html).
- [62] WENIGOVÁ, Barbora. Stigma a psychiatrie (napříč časem). In: *Stopstigmapsychiatrie.cz* [online]. 2007 [cit. 2012-03-05]. Dostupné z:  
<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-psychiatrie-napric-casem-wenigova.html>.
- [63] Výroční zpráva za rok 2011 Domova na Jarošce, p.o., 2012. Dostupné z:  
[http://www.domovjaroska.cz/vyrocní\\_zprava.php#](http://www.domovjaroska.cz/vyrocní_zprava.php#).

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

NZRP Národní rada osob se zdravotním postižením.

ČADZ Česká asociace pro duševní zdraví.

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí.

SQSS Standardy kvality sociálních služeb.

APA Americká psychiatrická asociace.

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí.

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Průměrná věková skladba uživatelů v roce 2011

Tabulka 2: Rozdělení uživatelů podle stupně závislosti 2011

Tabulka 3: Věkové rozložení zaměstnanců

Tabulka 4: Věkové rozložení sociálního okolí

Tabulka 5: Pohlaví respondentů

Tabulka 6: Hodnocení pohybu uživatelů mimo zařízení bez doprovodu personálu

Tabulka 7: Názor na vytváření speciálních podmínek pro pracovní uplatnění uživatelů

Tabulka 8: Pracovní zařazení zaměstnanců

Tabulka 9: Délka praxe v zařízení

Tabulka 10: Pocity zaměstnanců při práci s uživateli

Tabulka 11: Platnost tvrzení o stigmatizaci uživatelů v očích veřejnosti

Tabulka 12: Zastoupení bydlících a pracujících v blízkosti Domova



## SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1: Průměrná věková skladba uživatelů v roce 2011
- Graf 2: Rozdělení uživatelů podle stupně závislosti 2011
- Graf 3: Tvrzení o uživatelích Domova
- Graf 4: Názor na společný zájezd
- Graf 5: Hodnocení pohybu uživatelů mimo zařízení bez doprovodu personálu
- Graf 6: Názor na zakládání rodin uživatelů Domova
- Graf 7: Názor na vytváření speciálních podmínek pro pracovní uplatnění uživatelů
- Graf 8: Pocity respondentů z uživatele jako spolupracovníka
- Graf 9: Názor na větší prezentaci a otevřenost Domova k veřejnosti
- Graf 10: Názory na znaky vedoucí k identifikaci člověka jako uživatele Domova
- Graf 11: Co ovlivňuje názor respondentů na uživatele Domova
- Graf 12: Vliv předsudků na vnímání uživatelů
- Graf 13: Platnost tvrzení o pocitech zaměstnanců při práci s uživateli
- Graf 14: Názor zaměstnanců na mimopracovní kontakt s uživateli
- Graf 15: Hodnocení každodenního kontaktu s uživateli
- Graf 16: Názor na možnost zaměstnanců ovlivnit vnímání veřejnosti uživatelů Domova
- Graf 17: Platnost tvrzení o stigmatizaci uživatelů v očích veřejnosti
- Graf 18: Pocity z kontaktu s uživateli Domova
- Graf 19: Vnímání života/práce v blízkosti uživatelů Domova
- Graf 20: Vnímání kontaktu a setkávání s uživateli Domova
- Graf 21: Informovanost sociálního okolí o sociální službě, kterou Domov poskytuje
- Graf 22: Znalost cílové skupiny Domova
- Graf 23: Vnímání odlišností uživatelů v chování či jiných projevech

## **SEZNAM PŘÍLOH**

- PI. Dotazník pro zaměstnance**
- PII. Dotazník pro sociální okolí**
- PIII. Tabulky k dotazníkům**

## **PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO ZAMĚSTANCE**

Vážené kolegyně a kolegové,

dovoluji si Vás oslovit a poprosit o laskavé vyplnění dotazníku, který je zaměřený na to, jak jsou vnímáni uživatelé sociální služby domov se zvláštním režimem, tedy Domova na Jarošce (dále jen Domov), samotnými zaměstnanci zařízení, tedy Vámi.

Prosím o vyplnění, vložení do přiložené obálky a vhození do schránky na připomínky a stížnosti umístěné v přízemí u kanceláře sociální pracovnice nebo předání osobně do mých rukou.

Ujišťuji Vás, že dotazník je anonymní a bude sloužit jako podklad k výzkumu realizovanému v rámci méj diplomové práce.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci. Uvítám jakékoli připomínky, podněty a poznámky k uvedeným otázkám. Můžete mi je sdělit na konci dotazníku.

Magdalena Pospíšilová

---

Informace k vyplňování dotazníku

Z nabízených odpovědí označte kroužkem tu variantu, která podle Vás nejpřesněji vystihuje odpověď na danou otázku. Pokud nevyberete ani jednu z nabízených možností, je u některých otázek dána možnost vlastní odpovědi.

# DOTAZNÍK

## 1. Jaké tvrzení podle Vás nejlépe charakterizuje uživatele? Jsou to:

- a) nemocní lidé, je třeba jim pomoci
- b) nemocní lidé, kteří si nezaslouží pomoc
- c) lidé v tíživé životní situaci
- d) „chudáci“ poznamenaní osudem
- e) nebezpeční, nevyzpytatelní lidé
- f) jiná charakteristika, uveďte jaká: .....
- .....

## 2. Jaké pocity u Vás převažují při práci s uživateli?

písmeno A znamená ANO, tento pocit zažívám

písmeno N znamená NE, tento pocit nezažívám

1	pocit opravdového zájmu o uživatele, snaha jim pomoci	A	N
2	pocit zodpovědnosti za kvalitu jejich života v zařízení	A	N
3	pocit důležitosti vykonávané práce	A	N
4	pocit beznaděje	A	N
5	pocit uspokojení z vykonané práce	A	N
6	pocit apatie	A	N
7	pocit vyčerpání	A	N
8	pocit užitečnosti	A	N
9	pocit uvědomění si, že onemocnět duševní poruchou může každý	A	N
10	pocit smutku nad jejich životem a osudem	A	N
11	pocit lhostejnosti, dělám jen svou práci	A	N
12	pocit stresu z náročné práce	A	N
13	pocit podrážděnosti	A	N

## 3. Jaký názor máte na mimopracovní kontakt s uživateli?(např. při setkávání s uživateli v obchodě...)

- a) mimopracovní kontakt aktivně vyhledávám
- b) mimopracovní kontakt nevyhledávám, ale nevadí mi
- c) mimopracovnímu kontaktu se spíše vyhýbám
- d) mimopracovní kontakt odmítám (je mi nepříjemný)

**4. Dozvíte se, že na stejný zájezd jako Vy pojedete uživatel Domova, co Vás napadne?**

- a) jsem rád, že poznám uživatele v jiných situacích, než v práci
- b) nic zvláštního, je to stejné, jako u ostatních účastníků zájezdu
- c) na zájezd pojedu, ale s nepříjemnými pocity
- d) zájezd odvolám
- e) napadne mě něco jiného, uveďte co:.....  
.....

**5. Jak na Vás působí každodenní kontakt s uživateli?**

- a) rozhodně pozitivně
- b) spíše pozitivně
- c) ani pozitivně ani negativně
- d) spíše negativně
- e) rozhodně negativně

**6. Jak hodnotíte pohyb uživatelů bez doprovodu personálu mimo Domov?**

- a) hodnotím ho negativně, nesouhlasím s ním
- b) hodnotím ho spíše negativně, ale mají na to právo
- c) nevadí mi
- d) hodnotím ho spíše pozitivně
- d) rozhodně pozitivně, je to dobré pro ně i pro okolní obyvatele
- e) hodnotím ho jinak, uveďte jak:.....  
.....

**7. Domníváte se, že by uživatelům mělo být umožněno zakládat rodiny a mít děti?**

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) neumím posoudit

**8. Myslíte si, že by společnost měla vytvářet podmínky (chráněné dílny, tréninkové dílny, výhody pro zaměstnavatele apod.), aby mohli uživatelé v rámci svých možností pracovat?**

- a) rozhodně ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) určitě ano, je to důležité pro ně i pro celou společnost
- e) neumím posoudit
- f) myslím si něco jiného, uveďte co.....  
.....

**9. Jaké pocity by u Vás převažovaly, pokud by se stal uživatel Vaším spolupracovníkem? (pokud by uživatel byl v zařízení i zaměstnán)**

- a) pocity spíše pozitivní, uvítal bych to
- b) nevadilo by mi to, měl bych stejné pocity jako u kteréhokoli jiného spolupracovníka
- c) trochu by mně to vadilo
- d) pocity spíše negativní

**10. Uvítali byste větší prezentaci a otevřenost Domova k veřejnosti?**

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne

**11. Domníváte se, že Vy jako zaměstnanci zařízení můžete ovlivnit to, jakým způsobem vnímá veřejnost uživatele Domova? Pokud ano, uveďte jak.**

- a) ano
  - b) ne
- Příklady.....  
.....

**12. Podle čeho může veřejnost dle Vašeho mínění nejlépe poznat, že se jedná o uživatele Domova?**

- a) odlišnost v chování
- b) odlišnost v oblékání
- c) odlišný způsob komunikace
- d) že jde ve skupině s doprovodem
- e) nic, vůbec to nepoznají
- f) chování doprovodu k uživateli
- g) něco jiného nebo dalšího, uveďte co.....

**13. Co podle Vás stigmatizuje uživatele v očích veřejnosti?**

Písmeno A znamená ANO, stigmatizuje

Písmeno N znamená NE, nestigmatizuje

1	používání kompenzačních pomůcek (invalidní vozík, berle) na ve-	A	N
2	oslovování uživatelů zdrobnělinami, přezdívkami	A	N
3	doprovod uživatele zaměstnancem v pracovní uniformě	A	N
4	nemoderní, obnošené oblečení uživatelů	A	N
5	pohyb uživatelů ve skupině s doprovodem	A	N
6	placení útraty uživatele doprovázejícím pracovníkem	A	N
7	odpovídání zaměstnance na dotazy nebo oslovení místo uživatele	A	N
8	pomoc pracovníka s věcmi, které by uživatel zvládl sám	A	N
9	jednostranné tykání uživatelům ze strany doprovázejícího pracovníka	A	N

**14. Co si myslíte, že především ovlivňuje Váš názor na uživatele Domova?**

- a) vlastní zkušenost s nimi
- b) to, co se o nich říká obecně
- c) zkušenosti kolegů
- c) informace z médií, zprávy v TV
- d) něco jiného, uveďte co:.....

**15. Domníváte se, že jste ovlivněni při svém vnímání uživatelů předsudky?**

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne

**16. Jste**

- a) žena
- b) muž

**17. Do jaké věkové kategorie patříte?**

- a) 18 – 26 let
- b) 27 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) více než 50 let

**18. Jaké je Vaše pracovní zařazení?**

- a) administrativní pracovník
- b) provozně technický pracovník
- c) zdravotnický pracovník
- d) pracovník v přímé péči (obsluha, výchova)

**19. Jak dlouho pracujete v zařízení?**

- a) méně než rok
- b) 1 – 5 let
- c) 6 – 10 let
- d) 11-15 let
- e) více než 15 let

Zde dotazník končí.

Ještě jednou Vám děkuji za jeho vyplnění.

Magdalena Pospíšilová



## **PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK PRO SOCIÁLNÍ OKOLÍ**

Dobrý den,

jsem sociální pracovnice zařízení Domov na Jarošce (dále jen Domov). Dovoluji si Vás oslovit a poprosit o laskavé vyplnění dotazníku, který je zaměřený na to, jak jsou vnímání uživatelé sociální služby Domova na Jarošce, který se nachází v blízkosti Vašeho bydliště/pracoviště.

Prosím o vyplnění, vložení do přiložené obálky a vhození do poštovní schránky umístěné u hlavního vchodu do Domova, případně předání na vrátnici zařízení.

Ujišťuji Vás, že dotazník je anonymní a bude sloužit jako podklad k výzkumu realizovanému v rámci mé diplomové práce.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci. Uvítám jakékoli připomínky, podněty a poznámky k uvedeným otázkám. Můžete mi je sdělit na konci dotazníku.

Magdalena Pospíšilová

---

### Informace k vyplňování dotazníku

Z nabízených odpovědí označte kroužkem tu variantu, která podle Vás nejpřesněji vystihuje odpověď na danou otázku. Pokud nevyberete ani jednu z nabízených možností, je u některých otázek dána možnost vlastní odpovědi.

# DOTAZNÍK

## 1. Jaké tvrzení podle Vás nejlépe charakterizuje uživatele Domova? Jsou to:

- a) nemocní lidé, je třeba jim pomoci
- b) nemocní lidé, kteří si nezaslouží pomoc
- c) lidé v těživé životní situaci
- d) „chudáci“ poznamenání osudem
- e) nebezpeční, nevyzpytatelní lidé
- f) jiná charakteristika, uveďte jaká.....  
.....

## 2. Jaké pocity u Vás převažují, pokud se dostáváte do kontaktu s uživateli Domova?

- a) stejné, jako při kontaktu s ostatními spoluobčany
- b) jsem z nich nervózní, nevím, co mohu očekávat
- c) nemám ani kladné ani záporné pocity
- d) kontakt je mi nepříjemný, ale snažím se nedat to najevo
- e) kontakt je mi velice nepříjemný, mám negativní pocity a dám to najevo
- f) jiné pocity, uveďte jaké.....  
.....

## 3. Dozvíte se, že na stejný zájezd jako Vy pojedete uživatel Domova, co Vás napadne?

- a) jsem rád, že poznám blíže takového člověka
- b) nic zvláštního, je to stejné, jako u ostatních účastníků zájezdu
- c) začnu se zajímat, jestli není „problémový“ nebo nebezpečný
- d) zájezd odvolám
- e) napadne mě něco jiného, uveďte co:.....  
.....

## 4. Jak vnímáte život/práci v blízkosti uživatelů Domova?

- a) jednoznačně pozitivně
- b) spíše pozitivně
- c) ani pozitivně ani negativně
- d) spíše negativně
- e) jednoznačně negativně

**5. Jak hodnotíte pohyb uživatelů Domova bez doprovodu personálu mimo zařízení?**

- a) hodnotím ho negativně, nesouhlasím s ním
- b) hodnotím ho spíše negativně, ale mají na to právo
- c) ani pozitivně ani negativně
- d) hodnotím ho spíše pozitivně
- d) rozhodně pozitivně, je to dobré pro ně i pro okolní obyvatele
- e) hodnotím ho jinak, uveďte jak: .....
- .....

**6. Jak vnímáte kontakt nebo setkávání s uživateli Domova?**

- a) vítám ho, je to přínosné a zajímavé se s nimi potkávat
- b) nevádí mi to, vnímám je stejně, jako ostatní spoluobčany
- c) vnímám ho spíše pozitivně
- d) vnímám ho spíše negativně
- e) častý kontakt mi velmi vadí, mám ze setkání nepříjemné pocity
- f) častý kontakt s uživateli vnímám jinak, uveďte jak: .....
- .....

**7. Domníváte se, že by uživatelům Domova mělo být umožněno zakládat rodiny a mít děti?**

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- f) neumím posoudit

**8. Myslíte si, že by společnost měla vytvářet podmínky (chráněné dílny, tréninkové dílny, výhody pro zaměstnavatele apod.), aby mohli uživatelé Domova v rámci svých možností pracovat?**

- a) rozhodně ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) určitě ano, je to důležité pro ně i pro celou společnost
- e) neumím posoudit
- f) myslím si něco jiného, uveďte co: .....
- .....

**9. Jaké pocity by u Vás převažovaly, pokud byste měli za spolupracovníka uživatele Domova?**

- a) pocity spíše pozitivní, uvítal bych to
- b) nevadilo by mi to, stejné pocity jako u kteréhokoli jiného spolupracovníka
- c) trochu by mně to vadilo
- d) pocity spíše negativní

**10. Jak na Vás působí odlišnosti uživatelů Domova v chování či jiných projevech?**

- a) odlišnosti mi vůbec nevadí, každý jsme nějaký
- b) odlišnosti mi spíše nevadí, nevšímám si toho
- c) odlišnosti mi spíše vadí
- d) odlišnosti mi velmi vadí, bojím se jich (rozčiluje mě to)
- e) žádné odlišnosti nepozoruji
- f) působí na mě jinak, uveďte jak:.....  
.....

**11. Domníváte se, že jste dostatečně informovaný o sociální službě, kterou Domov poskytuje?**

- a) ano, aktivně sbírám informace o Domově, vím, kde informace hledat
- b) ano, ale jen obecně, nevím to přesně
- c) spíše ne, jen z doslechu, nezajímám se o to
- d) vůbec netuším a nezajímá mě to

**12. Kdo si myslíte, že jsou převážně uživatelé Domova?**

- a) lidé s duševním onemocněním
- b) lidé s mentálním postižením
- c) senioři
- d) bezdomovci
- e) nevím

**13. Uvítali byste větší prezentaci a otevřenost Domova k veřejnosti?**

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne

**14. Co především Vás při setkání s člověkem upozorní na to, že se může jednat o uživatele Domova?**

- a) jeho chování
- b) jeho oblečení
- c) odlišný způsob komunikace
- d) že jde ve skupině s doprovodem
- e) nic, vůbec to nepoznám
- f) chování doprovodu k uživateli

**15. Co si myslíte, že především ovlivňuje Váš názor na uživatele Domova?**

- a) vlastní zkušenost
- b) to, co se o nich říká obecně
- c) zkušenosti známých, přátel
- c) informace z médií, zprávy v TV
- d) něco jiného, uveďte co:.....  
.....

**16. Domníváte se, že jste ovlivněni při svém vnímání uživatelů předsudky?**

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne

**17. Jste**

- a) žena
- b) muž

**18. Do jaké věkové kategorie patříte?**

- a) 18 – 26 let
- b) 27 – 45 let
- c) 46 – 60 let
- d) více než 60 let

**19. V blízkosti Domova**

- a) bydlím
- b) pracuji

**Zde dotazník končí.**

**Ještě jednou děkuji za jeho vyplnění.**

**Magdalena Pospíšilová**

## PŘÍLOHA P III: TABULKY K DOTAZNÍKŮM

*Tabulka: Tvrzení o uživatelích Domova*

Jaké tvrzení podle Vás nejlépe charakterizuje uživatele Domova? Jsou to	absolutní četnost		relativní četnost (%)	
	zaměstnanci	okolí	zaměstnanci	okolí
A nemocní lidé, je třeba jim pomoci	40	27	82	64
B nemocní lidé, kteří si nezaslouží pomoc	0	0	0	0
C lidé v těživé životní situaci	8	10	16	24
D „chudáci“ poznamenání osudem	0	3	0	7
E nebezpeční, nevyzpytatelní lidé	1	2	2	5
F jiná charakteristika, uveďte jaká	0	0	0	0
<b>celkem</b>	<b>49</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

zdroj: Vlastní výzkum 2012

*Tabulka: Náзор na společný zájezd*

Dozvíte se, že na stejný zájezd jako Vy pojedete uživatel Domova, co Vás napadne?	absolutní četnost		relativní četnost (%)	
	zaměstnanci	okolí	zaměstnanci	okolí
A jsem rád, že poznám uživatele v jiných situacích, než v práci	7	2	14	5
B nic zvláštního, je to stejné, jako u ostatních účastníků zájezdu	33	22	68	53
C na zájezd pojedou, ale s nepříjemnými pocity	7	14	14	33
D zájezd odvolám	1	3	2	7
E napadne mě něco jiného, uveďte co	1	1	2	2
<b>celkem</b>	<b>49</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

zdroj: Vlastní výzkum 2012

*Tabulka: Hodnocení pohybu uživatelů mimo zařízení bez doprovodu personálu*

	Jak hodnotíte pohyb uživatelů Domova bez doprovodu personálu mimo zařízení?	absolutní četnost		relativní četnost (%)	
		zaměstnanci	okolí	zaměstnanci	okolí
1	A hodnotím ho negativně, nesouhlasím s ním	0	0	0	0
2	B hodnotím ho spíše negativně, ale mají na to právo	3	10	6	24
3	C nevaďí mi	29	19	59	45
4	D hodnotím ho spíše pozitivně	16	11	33	26
5	obyvatele	1	2	2	5
6	F hodnotím ho jinak, uveďte jak	0	0	0	0
	<b>celkem</b>	<b>49</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

zdroj: Vlastní výzkum 2012

*Tabulka: Názor na zakládání rodin uživatelů Domova*

Domníváte se, že by uživatelům mělo být umožněno zakládat rodiny a mít děti?	absolutní četnost		relativní četnost (%)	
	zaměstnanci	okolí	zaměstnanci	okolí
A rozhodně ano	0	1	0	2
B spíše ano	0	1	0	2
C spíše ne	27	16	55	38
D rozhodně ne	12	8	25	20
E neumím posoudit	10	16	20	38
<b>celkem</b>	<b>49</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

zdroj: Vlastní výzkum 2012

*Tabulka: Pocity respondentů z uživatele jako spolupracovníka*

Jaké pocity by u Vás převažovaly, pokud by se stal uživatel Vaším spolupracovníkem?	absolutní četnost		relativní četnost (%)	
	zaměstnanci	okolí	zaměstnanci	okolí
A pocity spíše pozitivní, uvítal bych to	5	1	10	2
B nevadilo by mi to, měl bych stejné pocity jako u kteréhokoli jiného spolupracovníka	25	22	51	53
C trochu by mně to vadilo	16	14	33	33
D pocity spíše negativní	3	5	6	12
<b>celkem</b>	<b>49</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

zdroj: Vlastní výzkum 2012

*Tabulka: Názor na větší prezentaci a otevřenost Domova k veřejnosti*

Uvítali byste větší prezentaci a otevřenost Domova k veřejnosti?	absolutní četnost		relativní četnost (%)	
	zaměstnanci	okolí	zaměstnanci	okolí
A rozhodně ano	18	4	37	10
B spíše ano	27	27	55	64
C spíše ne	4	10	8	24
D určitě ne	0	1	0	2
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

zdroj: Vlastní výzkum 2012

*Tabulka: Názory na znaky vedoucí k identifikaci člověka jako uživatele Domova*

Podle čeho může veřejnost dle Vašeho mínění nejlépe poznat, že se jedná o uživatele Domova?	absolutní četnost		relativní četnost (%)	
	zaměstnanci	okolí	zaměstnanci	okolí
A odlišnost v chování	22	12	45	29
B odlišnost v oblékání	0	0	0	0
C odlišný způsob komunikace	7	7	14	16
D že jde ve skupině s doprovodem	18	19	37	45
E nic, vůbec to nepoznají	0	4	0	10
F chování doprovodu k uživateli	2	0	4	0
G něco jiného nebo dalšího, uveďte co	0	0	0	0
<b>celkem</b>	<b>49</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

zdroj: Vlastní výzkum 2012



*Tabulka: Co ovlivňuje názor respondentů na uživatele Domova*

Co si myslíte, že především ovlivňuje Váš názor na uživatele Domova?	absolutní četnost		relativní četnost (%)	
	zaměstnanci	okolí	zaměstnanci	okolí
A vlastní zkušenost s nimi	43	29	88	69
B to, co se o nich říká obecně	0	4	0	10
C zkušenosti kolegů	6	9	12	21
D informace z médií, zprávy v TV	0	0	0	0
E něco jiného, uveďte co	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

zdroj: Vlastní výzkum 2012

*Tabulka: Vliv předsudků na vnímání uživatelů sociálním okolím*

Domníváte se, že jste ovlivněni při svém vnímání uživatelů předsudky?	absolutní četnost		relativní četnost (%)	
	zaměstnanci	okolí	zaměstnanci	okolí
A rozhodně ano	0	1	0	2
B spíše ano	4	5	8	12
C spíše ne	23	23	47	55
D určitě ne	22	13	45	31
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

zdroj: Vlastní výzkum 2012

*Tabulka: Názor na možnost zaměstnanců ovlivnit vnímání veřejnosti uživatelů Domova*

Domníváte se, že Vy jako zaměstnanci zařízení můžete ovlivnit to, jakým způsobem vnímá veřejnost uživatele Domova? Pokud ano, uveďte jak	absolutní četnost	relativní četnost (%)
ANO	22	45
NE	27	55
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

zdroj: Vlastní výzkum 2012

*Tabulka: Názor zaměstnanců na mimopracovní kontakt s uživateli*

Jaký názor máte na mimopracovní kontakt s uživateli?	absolutní četnost	relativní čet. (%)	modus
A mimopracovní kontakt aktivně vyhledávám	0	0	
B mimopracovní kontakt nevyhledávám, ale nevdám mi	6	12	
C mimopracovnímu kontaktu se spíše vyhýbám	43	88	X
D mimopracovní kontakt odmítám (je mi nepříjemný)	0	0	
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100</b>	

zdroj: Vlastní výzkum 2012

Tabulka: Hodnocení každodenního kontaktu s uživateli

Jak na Vás působí každodenní kontakt s uživateli?	absolutní četnost	relativní čet. (%)	modus
A rozhodně pozitivně	6	12	
B spíše pozitivně	12	25	
C ani pozitivně ani negativně	27	55	X
D spíše negativně	4	8	
E rozhodně negativně	0	0	
celkem	49	100	

zdroj: Vlastní výzkum 2012

Tabulka: Pocity z kontaktu s uživateli Domova

Jaké pocity u Vás převažují, pokud se dostáváte do kontaktu s uživateli Domova?	absolutní četnost	relativní čet. (%)	modus
A stejné, jako při kontaktu s ostatními spoluobčany	18	43	X
B jsem z nich nervózní, nevím, co mohu očekávat	4	10	
C nemám ani kladné ani záporné pocity	14	33	
D kontakt je mi nepříjemný, ale snažím se nedat to najevo	4	10	
E kontakt je mi velice nepříjemný, mám negativní pocity a dám to najevo	2	4	
celkem	42	100	

zdroj: Vlastní výzkum 2012

Tabulka: Vnímání života/práce v blízkosti uživatelů Domova

Jak vnímáte život/práci v blízkosti uživatelů Domova?	absolutní četnost	relativní čet. (%)	modus
A jednoznačně pozitivně	2	5	
B spíše pozitivně	11	26	
C ani pozitivně ani negativně	24	57	X
D spíše negativně	5	12	
F jednoznačně negativně	0	0	
celkem	42	100	

zdroj: Vlastní výzkum 2012

Tabulka: Vnímání kontaktu a setkávání s uživateli Domova

Jak vnímáte kontakt nebo setkávání s uživateli Domova?	absolutní četnost	relativní čet. (%)	modus
A vítám ho, je to přínosné a zajímavé se s nimi potkávat	1	2	
B nevadí mi to, vnímám je stejně, jako ostatní spoluobčany	25	60	X
C vnímám ho spíše pozitivně	4	10	
D vnímám ho spíše negativně	8	19	
E častý kontakt mi velmi vadí, mám ze setkání nepříjemné pocity	1	2	
F častý kontakt s uživateli vnímám jinak, uveďte jak	3	7	
celkem	42	100	

zdroj: Vlastní výzkum 2012

*Tabulka: Informovanost sociálního okolí o sociální službě, kterou Domov poskytuje*

Domníváte se, že jste dostatečně informovaný o sociální službě, kterou Domov poskytuje?	absolutní četnost	relativní čet.(%)	modus
A ano, aktivně sbírám informace o Domově, vím, kde informace hledat	0	0	
B ano, ale jen obecně, nevím to přesně	24	57	X
C spíše ne, jen z doslechu, nezajímám se o to	15	36	
D vůbec netuším a nezajímá mě to	3	7	
celkem	42	100	

zdroj: Vlastní výzkum 2012

*Tabulka: Znalost cílové skupiny Domova*

Kdo si myslíte, že jsou převážně uživatelé Domova?	absolutní četnost	relativní čet. (%)	modus
A lidé s duševním onemocněním	21	50	X
B lidé s mentálním postižením	6	14	
C senioři	3	7	
D bezdomovci	0	0	
E nevím	12	29	
celkem	42	100	

zdroj: Vlastní výzkum 2012

*Tabulka: Vnímání odlišností uživatelů v chování či jiných projevech*

Jak na Vás působí odlišnosti uživatelů Domova v chování či jiných projevech?	absolutní četnost	relativní četnost (%)	modus
A odlišnosti mi vůbec nevadí, každý jsme nějaký	11	26	
B odlišnosti mi spíše nevadí, nevšímám si toho	20	48	X
C odlišnosti mi spíše vadí	7	17	
D odlišnosti mi velmi vadí, bojím se jich (rozčiluje mě to)	1	2	
E žádné odlišnosti nepozoruji	2	5	
F působí na mě jinak, než je uvedeno, uveďte jak	1	2	
celkem	42	100	

zdroj: Vlastní výzkum 2012